

Final  
la Vida

## CAPÍTULO

6

# DILEMAS EN EL FINAL DE LA VIDA

- TEMA 26: Ancianidad/Vejez
- TEMA 27: Las Mentalidades ante la muerte
- TEMA 28: La Muerte en nuestra cultura
- TEMA 29: Enfermos terminales
- TEMA 30: La eutanasia
- TEMA 31: El Dn Muerte
- TEMA 32: Nuevas alternativas
- TEMA 33: La eutanasia ante la ley
- TEMA 34: Las unidades de cuidados intensivos
- TEMA 35: Diagnóstico de muerte
- TEMA 36: Extracción y transplante de órganos







## TEMA 26

## Ancianidad/Vejez

## Contenido:

1. El descubrimiento de la finitud
2. Del anciano como sujeto de autoridad al anciano como jubilado
3. El trabajo y la vida productiva
4. La autonomía y la alteridad
5. La afectividad
6. La aproximación a la muerte
7. Hacia una ética del cuidado



El único verdadero problema vital, el que más a las entrañas nos llega, el problema de nuestro destino individual y personal, la "inmortalidad del alma", con estas hermosas frases Miguel de Unamuno nos plantea lo que él y muchos filósofos consideran el más importante problema filosófico, el sentimiento trágico de la vida y de la muerte, la tragedia de tener que morir, la mortalidad como condición humana.

Este sentimiento expresado por Unamuno nos sitúa ante una de las grandes tesis de la Antropología: la vida humana es paradójica (de paradoxa -sin salida). Por un lado, es "vida", al ser seres biológicos somos limitados, tenemos un comienzo y por lo tanto un fin; sin embargo, en la estructura misma del ser humano hay algo que nos dice que no podemos resignarnos, la "humanidad" nos lanza a la trascendencia. Y esa tensión entre la finitud y la trascendencia constituyen lo verdaderamente humano de la vida.

Esta dinámica la expresa bellamente Kierkegaard: "la angustia surge del conflicto ineliminable entre el deseo de pervivencia y la conciencia de mortalidad, esa eterna y trágica contradicción, base de nuestra existencia".

El presente capítulo se sitúa en medio de esta tensión y trata de explorar las huellas para la construcción de una "Ética de los confines de la vida".

## Caso de Karen Ann Quinlan

El 14 de abril de 1975, una joven de veintiún años celebra con sus amigos una velada para festejar su independencia. Se iba a vivir fuera de la casa de sus padres no porque tuviese malas relaciones con ellos, sino siguiendo una costumbre ya entonces frecuente entre la juventud. En la fiesta tomó varias copas de jugo de naranja con ginebra. Parece que también había tomado importantes dosis de tranquilizantes. En un momento de la fiesta, la joven perdió el conocimiento. Sus amigos pensaron que se trataba de un mareo como consecuencia del alcohol. Pero la alarma comenzó a cundir al ver que la muchacha no recobraba el conocimiento y respiraba imperceptiblemente. Mientras un joven intentaba hacerle la respiración artificial, otro se marchó a un hospital e hizo venir con toda urgencia una ambulancia.

El nombre de la joven, que se convirtió en uno de los paradigmas de la Bioética, era Karen

Empezaremos con el tema de la ancianidad o vejez y terminaremos con la ética de los trasplantes de órganos. Existen seis problemas bioéticos ante los cuales no se pueden pasar por alto una Ética de la ancianidad: la finitud, la estimación social, el trabajo, la autonomía, la afectividad y la muerte.

## 1. EL DESCUBRIMIENTO DE LA FINITUD

No necesitamos que nadie nos recuerde que la vida es tiempo; pero no se trata de un tiempo físico o cronológico, sino de el tiempo nuestro, del tiempo que nos ganamos desde el momento mismo que nos revelamos a ser mortales. La finitud no es una dimensión del conocimiento o una representación que nos hacemos de las edades, es la estructura misma de nuestra propia vida.

La finitud pone ante nosotros el carácter irreversible de la evolución biológica, incluso nos despierta cuando creemos que la nuestra es una máquina perfecta. Pero al mismo tiempo, nos cuesta trabajo resignarnos a que nuestra máquina no sea perfecta, a que nuestra vida sea limitada, a que nuestros proyectos de vida fracasen, a que nuestro final no sea el planeado.







*Ann Quinlan, hija adoptiva de unos padres económicamente modestos, católicos practicantes.*

*Ya en el hospital, conectaron a Karen a un ventilador artificial con lo cual recuperó la respiración. Su corazón seguía latiendo, pero sus ojos permanecían cerrados y se encontraba en un profundo estado de inconciencia. Su electroencefalograma no era plano, pero mostraba que su cerebro había sufrido graves lesiones que obligaban a considerar a Karen irrecuperable para la vida consciente. Un médico especialista dio un dramático diagnóstico de "permanente estado vegetativo".*

202

*Durante más de tres meses sus padres adoptivos confiaron en que se realizaría un milagro y Karen podría continuar viviendo. Pero un día de agosto, en que un médico les aseguró que su hija no saldría nunca de su estado de coma, Joseph y Julia Quinlan, asesorados por su párroco católico, tomaron la decisión de pedir a los médicos que parase los tratamientos y dejaran a su hija morir en paz. "Después de encomendarnos a Dios y poner el cuerpo y el alma de Karen en las manos de Dios, decidimos que paracen los aparatos".*

*La decisión de los padres tropezó con la negativa de la dirección del hospital Saint Claire, que adujo razones éticas y legales para no desconectar el respirador. El caso fue llevado a los tribunales. Ante un tribunal del estado de New Jersey, los padres de Karen afirmaban dramáticamente: "Quítanla ya de la máquina y déjenla pasar a manos de Dios. Si Dios quiere que viva realmente, Él se encargará de hacer un milagro y Karen vivirá. Pero si Dios quiere que muera, ella morirá y de nada valdrán los métodos artificiales. Porque ella morirá cuando Dios lo quiera". Por otro lado, el magistrado Coburg, encargado de argumentar a favor de la no muerte de Karen, afirmaba: "este no es un tribunal de amor o de compasión, sino un tribunal de la ley. No es posible cortar una vida porque la persona sea desagradable a la vista". Julio Quinlan argumentaba que su hija le había dicho a propósito de cancerosos terminales mantenidos en vida: "Mamá, no permitas que si a mí me sucediese algo parecido me mantengan artificialmente viva por esos métodos extraños". "Ahora que la veo en esta situación, estoy segura, como madre de ella, que Karen no querría seguir viviendo así".*

La ancianidad nos despierta para una vida menos perfecta de la que creemos: "el viejo tiene que vivir entre jóvenes, entre personas en pleno vigor y audacia, cuya vitalidad impetuosa proyecta la inferioridad del hombre que declina sobre la pantalla cada vez cercana de la muerte. Y para no ser arrollado, al viejo sólo le queda un remedio: adaptarse, esto es, saber ser viejo, querer serlo, y no joven y maduro" (Lafu Entralgo P., *Hacia la recta final*, Circulo, Madrid, 1990).

La finitud es siempre personal, no es la de un ser vivo cualquiera, la de una máquina que ya no funciona, no es el caso particular de una regla general, la finitud es una como propia de alguien que se reconoce mortal, pero no lo es del todo. La vida se presenta, entonces, como resistencia a un tiempo que transcurre dentro de mí y por mí. Es en la etapa de la vejez cuando descubre uno que es más real de lo que se imaginaba, que el decaimiento no es sólo anímico, sino corporal, físico y social. No se trata de ver al anciano limitado, condicionado y resignado a depender de otros; se trata de anteponerse y sobreponerse a sí mismo, saberse conductor de sus propios actos personales con una lucidez de antes se daba por supuesta. Reconocer la finitud es el principio de lucidez moderada para tomarse en serio la realidad de mi vida como historia.

## 2. DEL ANCIANO COMO SUJETO DE AUTORIDAD AL ANCIANO COMO JUBILADO

A lo largo de la historia la estimación social del anciano ha cambiado, y no solo ha cambiado sino que ha decrecido con el paso de tiempo, de modo que fue inmensa en las culturas primitivas, y ha ido perdiendo su puesto con la llegada de la sociedad contemporánea. Este cambio ha pasado por tres grandes etapas: el anciano como sujeto de autoridad, el anciano como enfermo, y el anciano como jubilado.

Los testimonios de las culturas primitivas y arcaicas coinciden en atribuir al anciano la máxima autoridad política, social y cultural. En las culturas ágrafas (culturas sin escritura) los ancianos constituyen la memoria de la comunidad. Ellos son los depositarios de la tradición, los que guardan la identidad del pueblo.

En las culturas primitivas literarias, el anciano también jugaba un papel importante. Los textos bíblicos son un gran ejemplo: del libro del Levítico "delante de las canas te levantarás y levantarás el rostro del anciano". En el libro del Proverbios se lee "corona de honra es la vejez, que se hallará en el camino de la justicia".

Hoy día, nuestros indígenas guardan un gran respeto a las comunidades ancianas. Una muestra de esta estima representa el comunicado enviado por los estudiantes de la Chorrera al Dr. Jaime Escobar Triana, rector de la universidad El Bosque:



La sentencia del Tribunal fue desfavorable para los padres de Karen. Se dictaminó que al estar la joven viva, médica y legalmente, no se podía autorizar interrumpir la acción de los aparatos, ya que tal acción constituiría un homicidio en forma de eutanasia. Los derechos invocados por los padres de la muchacha no pueden fundamentarse en la Constitución de los Estados Unidos, ya que el derecho a la vida y a su mantenimiento son derechos prioritarios. Por estas razones, "este tribunal encuentra legalmente correcta la decisión de rechazar la petición del reclamante".

El matrimonio Quinlan apeló entonces al Tribunal Supremo del Estado de New Jersey. El 31 de marzo de 1975, los 7 jueces se pronunciaron unánimemente a favor del padre adoptivo de Karen para desconectar al respirador, reconociendo en una sentencia histórica que Karen Ann Quinlan tenía derecho a morir en paz y con dignidad.

Sin embargo, para sorpresa general, se le desconectó el respirador que se creía mantenía en vida a la joven..., pero Karen continuó viviendo; respirando por sí misma. Periódicamente aparecía en los medios de comunicación noticias sobre la situación de la muchacha: pesaba 30 kilos, estaba la mayor parte del tiempo en posición fetal y se mantenía totalmente inconsciente de lo sucedía a su alrededor. Hasta que finalmente, el 12 de julio de 1985 los noticieros daban la noticia: "Murió Karen Quinlan, a los diez años de estado de coma profundo".

La causa de su muerte fue un fallo respiratorio, motivado por una neumonía aguda que la joven no pudo esta vez superar. La muerte se produjo en la casa de sus padres, en el mismo silencio que había guardado durante diez años, sin una sola mirada hacia sus padres y hermanos que recubran su lecho. Durante los diez años su madre le administraba por una sonda el alimento que prolongó su vida. Julio Quinlan declaró que en algún momento pensó retirar el tubo y dejar la alimentación, pero "no pudimos hacer eso que era ir en contra de lo que creíamos". Las informaciones sobre su muerte añadían que no mostraba signos de padecimiento y de envejecimiento y que sólo unas cuantas canas que fueron apareciendo entre sus cabellos era la única señal del paso del tiempo, de esos diez años transcurridos desde que entró en coma.

"...como reconocimiento al interés que ha puesto la Universidad en nuestras culturas y en nuestra región, a través del Programa de Educación a Distancia, le hacemos llegar este bastón que en nuestras culturas se le otorga únicamente a personas maduras y sabias capaces de dirigir y servir a la gente...".

En Grecia el anciano deja de desempeñar el papel de liderazgo que tuvo en las culturas primitivas. Platón alude en el libro de la *Leyes* al tema de la formación política y social de las comunidades. En los tiempos remotos, relata Platón, hubo un gran diluvio, todos los hombres murieron. Únicamente, se salvaron hombres salvajes o semisalvajes, que habitaban en las montañas. En este acontecimiento no sólo se perdieron vidas humanas, sino todo el resto de la civilización: las artes, las ciencias y todo lo que supone la vida en general. A estos hombres salvajes los griegos les acuñaron el nombre *bárbaros*, en contraste con los hombres que habitaban las ciudades, los *polítai*.

Los bárbaros no tiene una estructura política bien desarrollada, su régimen político está regido por el "dominio". Estas sociedades primitivas, rústicas y bárbaras, viven en las montañas, no conocen la vida ciudadana, "manda el de mayor edad, por haber recibido la autoridad del padre o de la madre, y le siguen los demás formando un solo bando como las aves gobernados paternalmente". En esta sociedad el anciano tenía el poder político y con él todos los demás.

Con el tiempo las tribus se unieron y formaron las comunidades políticas más grandes. Poco a poco fue surgiendo la *polis* propiamente; es decir, la ciudad griega. En oposición a los bárbaros, que eran rudos; los griegos eran ciudadanos que manejaban la palabra y la razón, es decir, el *logos*.

Platón piensa, como todos los griegos, que la plenitud del *logos* se alcanza únicamente en la juventud; que la niñez y la ancianidad se parecen más a los bárbaros que a los griegos. Por eso en la *República* los gobernantes, no son los más viejos, sino los más perfectos, que son hombres maduros, pero no ancianos.

Esto es clara muestra que en la cultura griega hay un desplazamiento de la estimación social del anciano. Los griegos concibieron la vida como una parábola, cuyos lados corresponden con las fases de crecimiento y decrecimiento de la vida, y el punto de confluencia de ambos lados con la plenitud de la vida. Las fases anterior y posterior recibieron los nombres de "generación" y "corrupción", respectivamente. Y el de plenitud de la vida lo llamaron "juventud".

Los griegos consideraban que la vida estaba dividida en escalones de siete años. Cada siete o múltiplo de siete era una etapa crítica (del verbo *clino*, que significa inclinar, acostar). La fase de generación no termina con el nacimiento, sino que continúa hasta que el hombre llega a su plenitud, no antes de los 28 años (7\*4), y la fase de corrupción se inicia hacia los 49 años (7\*7). A partir de ahí comienza la ancianidad.



#### 4. LA AUTONOMÍA Y LA ALTERIDAD

Muchas veces creemos que un hombre es autónomo cuando es independiente, arbitrario y radicalmente espontáneo. En este sentido, los ancianos, los niños y las personas cuya vida depende de otros, tendrían su autonomía claramente limitada.

Es mejor si empezamos diciendo que el sujeto se construye en la *alteridad*, porque es desde ella que la libertad personal se constituye, se ordena y cobra sentido. Esto nos lleva a afirmar que el adulto ordena su libertad por el principio de autonomía y el anciano — como el niño — la ordena por el de heteronomía.

La autonomía se construye desde la alteridad, bien desde la pasividad de la voluntad, bien desde la intersubjetividad. La vulnerabilidad de la autonomía está marcada por nuestro cuerpo y por los que nos rodean, y de ello

Es importante oír lo que Aristóteles piensa de la vejez: "Los ancianos que han pasado la madurez tienen caracteres que en general se deducen de los contrarios a los anteriores, pues a causa de haber vivido muchos años y de haber sido muchas veces engañados y haber cometido errores, y por ser malas la mayoría de las cosas, no aseguran nada y en todo se quedan mucho más cortos de lo que se debe. Y opinan, pero no están ciertos, y cuando disputan añaden siempre el quizá y el acaso, y todo lo dicen así y nada con seguridad. Y son maliciosos; pues consiste la malicia en tomarlo todo a la mala parte. También son suspicaces por su falta de confianza y carecen de confianza a causa de su experiencia... Y son mezquinos, por haber sido humillados por la vida, y no codician nada grande y excesivo, sino lo adecuado para vivir. Y no son generosos... Y son cobardes... Y son egoístas. Y viven mirando a la utilidad y no al bien, en grado mayor del debido... Y son más desvergonzados que vergonzosos... Y son difíciles para la esperanza. Y viven más con la memoria que con la esperanza..." (Aristóteles, *Retórica II*, 13: 1389b).

En consecuencia, para Aristóteles, la juventud y la vejez son extremas, y por ello mismo viciosas, mientras que la virtud está en el medio, es decir en la edad madura. Al viejo se le considera un sujeto enfermo, y en tanto que enfermo viejo y malo.

El cristianismo aceptó esta tradición griega. Jesús de Nazareth llevó su vida oculta hasta los 28 años, después comenzó su vida pública que acabó antes de que se iniciara la vejez.

La sociedad moderna sufre un cambio, el Estado ya no es gobernado por unos individuos, los reyes; y unas familias, las de la nobleza. En el Estado moderno el poder de los nobles se ha desplazado a los funcionarios públicos, el llamado sector terciario de la sociedad. En este medio burocrático surgen dos fenómenos importantes: la jubilación y las pensiones de los jubilados. Este va a ser tema del próximo apartado.

#### 3. EL TRABAJO Y LA VIDA PRODUCTIVA

Existen dos teorías contrapuestas sobre la actividad laboral de los mayores. Por un lado, están los que defienden el compromiso laboral como clave para un envejecimiento óptimo; el trabajo ayuda al anciano a sentirse útil en la sociedad. Por otro lado, están quienes defienden que el anciano ya ha trabajado muchos años, y que hay que quitarles la preocupaciones laborales: comienza un período de reposo, de comodidad y de realizar labores placenteras que el trabajo impedía. Todos conocemos casos que verifican una y otra posición. El problema moral del anciano que se jubila no se resuelve como lo intentan hacer las leyes colocando un límite (60 ó 65 años), antes de este límite se es plenamente productivo, pero después de este límite se es incapaz y senil. El problema está en la valoración de las personas por el trabajo que realizan, al considerarlos útiles sólo si están "ocupadas" en un trabajo convencional. Si entendemos así el problema, un jubilado es considerado como un inútil e improductivo, se convierte en un "objeto de desecho social" en un sistema laboral



somos conscientes a medida que pasan los años. La alteridad constitutiva es una limitación fecunda, porque nos hace trascendentes. No es más adulto quien demuestra mayor capacidad de ruptura sino aquel que hace más fecundas sus limitaciones.

Como conclusión, podemos ver que la autonomía y la alteridad no se excluyen, es decir, que una ética de la ancianidad no tiene porque dejar de ser una ética de la autonomía a pesar de que la libertad del anciano sea una libertad más condicionada, bien por la gravedad de su cuerpo, bien por dependencia de otros.

únicamente productista. Tenemos que cambiar la forma de pensar, y darnos cuenta de que la productividad no puede ser criterio de valoración moral; la vejez nos recuerda que no podemos construir una sociedad donde confundamos valor y precio.

Una buena sociedad no es aquella que tiene ocupadas a las personas sin preguntar por la calidad, necesidad o valor de cada ocupación. Por ello, es más importante que el dato de la edad de jubilación con la que a cada uno le determinan que ha terminado su vida productiva, son las dotes con las que uno sigue manteniendo su vida activa. Vivir activamente no significa vivir agitado, o estar en continuo estrés, o tener mucha actividad. Las grandes acciones no son producto de la fuerza, la velocidad o la potencia física, son producto del pensamiento, del carácter y del juicio. Estas cualidades, lejos de disminuir con la edad, se incrementan.

## 5. LA AFECTIVIDAD

### 6. LA MUERTE

#### 1. OPTIMIZAR LO INEVITABLE

La muerte no es un problema que afecta únicamente a los ancianos. Desde la Psicología Evolutiva se nos recuerda que el modo de aproximarnos a la muerte determinará los últimos años de nuestra vida. No se trata de adelantar, detener, evitar el deterioro o de prolongar innecesariamente la vida. Ante lo inevitable de la muerte, se exige optimizar toda y cada una de las posibilidades y de recursos que se poseen por el hecho de haber vivido, haber aprendido, estar envejeciendo o haber envejecido.

#### 2. LA MUERTE DEL OTRO

El suceso vital que más afecta a la salud es la muerte del otro significativo. La viudez supone la pérdida de intimidad, la incorporación a la vida cotidiana de tareas que no son familiares, una reordenación de las relaciones con los otros y una nueva estructuración de las relaciones económicas y psicológicas.

#### 3. LA ACEPTACIÓN DE LA SOLEDAD

Es importante recordar que la muerte del otro no suele ocurrir como un suceso aislado, sino en conjunto con una serie de pérdidas. Se ha perdido el rol que se

La afectividad del anciano tiene varias facetas. Por un lado, la amistad suele ser una amistad utilitarista, sus relaciones están más calculadas porque se ven más frágiles y necesitadas. También se ven menos dependientes de los deseos propios de la juventud quedando más libres para racionalizar su vida afectiva.

Sin embargo, esta racionalización también hace posible un tipo de afectividad menos interesada y calculadora, no es una afectividad de dar o de dar menos, de entregar más o menos pasión, es una afectividad del dar-se, del ofrecer-se, una donación que ya no puede estar fundada en la reciprocidad sino en el ofrecimiento y la entrega desinteresada. "... la vejez se instala en su victoria, qué es serenidad e irradiación, o en su derrota, que es endurecimiento y avaricia: depende en gran parte de nosotros que merezcan una cura u otra" (E. Mounier, *Obras IV*, Ed. Sigüeme 1992, p. 172).

205

## 7. HACIA UNA ÉTICA DEL CUIDADO

### 1. ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD

Hay 2 hechos que determinan el papel del anciano en la sociedad actual: el aplazamiento del envejecimiento biológico y el avance del envejecimiento social.

En las estadísticas actuales sobre población se ha producido una inversión: si antes había una gran base constituida por niños y jóvenes, ahora la base está formada por los ancianos. Se acercan los años donde los mayores de 60 años ocuparán más del 20 % de la población. Ello se debe a una reducción progresiva en las tasas de fecundidad y a un aumento en la esperanza de vida.



desempeña en el trabajo, hay un deterioro inevitable en la salud, descienden los ingresos económicos, comienzan a morir los compañeros de toda la vida y el entorno familiar y ambiental pierde estabilidad. Esta conjunción de hechos da lugar a lo que se llama síndrome de soledad.

Para afrontarlo es preciso evitar el inmovilismo afectivo y social, es preciso buscar nuevos lazos afectivos y sobre todo actividades que eviten estados de depresión. La soledad hace que el anciano no quiera salir del hogar, que se autoaisle, que reduzca su movilidad, incrementando el aislamiento, la melancolía, la depresión y las tendencias suicidas.

#### 4. TENDENCIAS ANTE LA INMINENTE MUERTE

Hoy hablamos de muerte personal, muerte propia o muerte digna, con estas expresiones queremos expresar la necesidad que tenemos de que la muerte sea una ejercitación de la libertad, un acto biográfico con el que responder a un hecho biológico. Se trata de un intento que la muerte no venga desde el exterior mundano como un mero accidente sino que le nazca desde la raíz de su existencia personal, naciendo y expresándose en la palabra, el gesto y la acción:

Las actitudes ante la muerte serían el *miedo*, provocado ante el temor de dejar de ser, por la conciencia de que la muerte sea el juicio de la vida; el *aprecio sereno*, se genera cuando se plantea la muerte como final del dolor, del sin sentido y del desgaste de la vida. Cuando la vida es esfuerzo permanente, se invoca la muerte como descanso, seguridad y llegada a puerto. La *esperanza*, puede fundarse en la íntima estructura de la vida personal en tanto que anhelo de inmortalidad, conato de vida plena, voluntad inagotable de verdad, o pasión de eternidad.

Ante las repercusiones que tenemos del envejecimiento de la sociedad, ¿hasta qué punto el envejecimiento social está modificando el conjunto del sistema social? ¿Somos conscientes del alcance que esta modificación supone y respondemos adecuadamente a sus desafíos?

#### 2. CUIDADO Y RESPONSABILIDAD

Hemos pensado que la *Medicina* puede solucionar todas las enfermedades y hemos confiado en ella todos los cuidados que los mayores precisan, hemos llegado a una *medicalización* de la vejez, pues la sociedad delega en la Medicina la responsabilidad en la calidad de vida a la que se pueda acceder en los últimos años. Una ética de la ancianidad precisa una ética del cuidado que no es sólo una ética del acompañamiento sino de la prevención, anticipación y previsión. En este sentido una ética del cuidado no se funda en el principio de beneficencia, sino en el de no - maleficencia (o de obligatoriedad). Es fácil identificar cuidado y beneficencia porque quizá resulte conceptualmente más simple y económicamente más rentable. Sin embargo, debemos dejar claro que el cuidado al que nos referimos es *responsabilidad compartida* y no *responsabilidad delegada*, es *responsabilidad de previsión* y no *responsabilidad de improvisación*.

Un cuidado comienza al ofrecer información adecuada y suficiente para que los propios ancianos puedan colaborar con el cuidado de su salud y bienestar, conociendo las técnicas de prevención y el reconocimiento precoz de procesos invalidantes, mejorando su estilo de vida e invitando a lo que se ha llamado *autoatención* y *autocuidado*. Casi siempre se nos olvida que una buena seguridad social no es aquella que hace a los individuos más dependientes de los cuidados asistenciales (hospitalarios), sino aquella que aplaza lo más posible la aparición de la necesidad de ayuda que garantiza la permanencia de las prestaciones adecuadas y, cuando es realmente necesario, garantiza la ayuda plena.

Otro gran problema que tenemos que pensar en Bioética es la disponibilidad de tecnología de punta para dilatar la vida, incluso cuando la calidad de vida a sufrido un profundo deterioro. Se trata de los criterios éticos que utilizaremos para restringir la duración de los cuidados que precisen la prolongación de la vida. Debemos siempre preguntarnos: ¿todo lo que se puede hacer técnicamente se debe hacer?, ¿cuáles son los límites?, ¿la muerte es el gran enemigo de la Medicina?



## TEMA 27

## Las mentalidades ante la muerte

## ASPECTOS HISTÓRICOS...

1880 Medicalización de la muerte en la obra de Tolstoy, *La Muerte de Ivan Illich*.

1930-1950 "La Muerte Oculta en el Hospital" desarrollo de la Medicina Tecnocientífica.

1935 Se funda la Asociación Británica "Pro Eutanasia Voluntaria" con el fin de incorporar la eutanasia a la legislación.

1948 La D<sup>a</sup>. Cicely Saunders ingresa como enfermera voluntaria al St. Luke's Hospice de Londres; en 1952 se vincula al St. Joseph's Hospice donde desarrolla técnicas para el control del dolor y el cuidado integral de los pacientes moribundos.

1967 Se funda el St. Christopher's Hospice, "piedra fundamental y definitiva en la creación de éste movimiento".

1938 Creación de la Eutanasia Society of América donde se solicita que se incluya el derecho a la muerte digna dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

1939 Hitler inicia su programa Aktion 4 para exterminar a los niños menores de 3 años con defectos congénitos; en 1941 extendió el programa a los menores de 17 años; y en 1941 a niños sanos judíos y de otras razas.

Seguiendo al historiador Philippe Ariés, padre de la moderna historia de las mentalidades sobre la muerte y el morir, el Dr. Diego Gracia intenta analizar las mentalidades más importantes que se han dado a lo largo de la cultura occidental a propósito de la eutanasia. Para el Dr. Gracia las mentalidades han sido 3, que llamará respectivamente, la "ritualizada", "la medicalizada" y la "automatizada". Sólo desde el marco conceptual de esta última cobra sentido el actual debate sobre la eutanasia.

## MENTALIDAD "RITUALIZADA"

La muerte nunca ha sido un hecho "natural" siempre es y será un fenómeno cultural, cuando afirmamos que es cultura queremos decir que ha sido creado por el hombre. Al preguntarnos por la muerte de un ser humano, respondemos casi inmediatamente cuando su cuerpo se descompone. Este hecho biológico nunca ha sido culturalmente asimilable. El ser humano nunca ha aceptado ver que si semejante se descomponga y menos en presencia de sus seres queridos, por eso siempre ha buscado signos premonitorios de la descomposición orgánica desde el concepto de muerte cardiopulmonar hasta conceptos tan recientes como muerte cerebral. Por muchos siglos se ha dicho que una persona que carece de pulso y de respiración espontánea es porque su diagnóstico es de muerte; pero realmente se trata es de una convención cultural más que de un hecho natural incontrovertible o por qué se ha escrito tanto sobre las "muertes aparentes" o por qué las legislaciones pusieron un plazo de 24 horas antes del enterramiento del cadáver?

Los antropólogos nos han recordado que en la vida humana hay momentos de una especial transcendencia cultural, como el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte. La cultura de cualquier pueblo asimila estos momentos tan bruscos a base de un complejo ritual formalizado. Las personas llegan a incorporarlos a su vida de tal modo, que para ellos dejan de ser, al cabo de cierto tiempo, ritos culturales para convertirse en hechos naturales. Acabaron pensando que es natural que los hombres mueran de una determinada manera... lo que hoy llamamos la unción de los enfermos (sacramento cristiano) aparece como un rito de paso de la muerte o mejor de la eutanasia; su función es "ayudar a morir".

Todas las culturas han desarrollado unos ritos de paso cuyo objetivo es "ayudar a morir", algunos pueblos han usado productos químicos, otros venenos, otros procedimientos de carácter físico como humos, inciensos, pero también existen culturas que utilizaron procedimientos



1948 Promulga el Código de Núremberg, primer protocolo de las historias sobre la ética de la investigación en Humanos.

1969 La Dra. Elizabeth Kübler-Ross publica su libro *On Death and Dying* donde estudia por primera vez el proceso del morir humano.

1967 Comienza la difusión del primer testamento vital (living will) por iniciativa de la *Eutanasia Education Council*.

1976 Surge la Federación Mundial de las Sociedades para el Derecho de Morir.

1976 Juicio del caso Karen Ann Quinlan.

1976 Establecimiento por parte de hospitales norteamericanos de protocolos hospitalarios en relación con la muerte digna, las ordenes de no reanimación (no-code orders o code-no-code) en referencia al Blue Code que era la señal de alarma en caso de un paro cardiorrespiratorio.

1977 Se publicó el Informe Belmont.

1980 La congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia Católica publica una declaración donde presenta su posición con relación a la eutanasia.

1982 Caso "Baby Due", niño morfológico afectado de síndrome de Down. Además el niño presentaba malformaciones en su aparato digestivo que era corregible mediante una intervención quirúrgica. Los padres se negaron a dar su aprobación para la operación. El caso fue llevado a un tribunal pero, antes de la sentencia el niño murió.

1985 Suicidio del Escritor Arthur Koestler y de su esposa Cynthia. Koestler fue uno de los ardientes defensores de la eutanasia.

1987 Se publica en el Hastings Center Report el "protocolo de actuación acerca de la finalización del tratamiento de soporte vital y del cuidado del paciente moribundo".

psíquicos: en el momento adecuado de su vida, el anciano se despedía de los demás de la tribu, se retiraba y se disponía a morir, consciente de que había llegado su hora.

Con esto las culturas han "ritualizado" el fenómeno de la muerte, siempre con el objetivo de "humanizar" el proceso del morir evitando en lo posible el sufrimiento, y si es el caso acelerando directa y voluntariamente su llegada. Los encargados de este rito eran en unos casos los familiares, en otros los chamanes, magos o hechiceros. A partir de la Medicina científica nacida en Grecia, esta misión fue encomendada exclusivamente a los médicos. Con esto comienza la segunda mentalidad: la muerte medicalizada.

## MENTALIDAD "MEDICALIZADA"

"Asclepio dictó las reglas de la Medicina para su aplicación a aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por naturaleza y en virtud de su régimen de vida, han contraído alguna enfermedad determinada, pero únicamente para estos seres y para los que gocen de esta constitución, a quienes para no perjudicar a la comunidad, deja seguir el régimen ordinario limitándose a librarles de sus males por medio de drogas y cirujías, mientras en cambio, con respecto a las personas crónicamente miradas por males internos, no se consagra a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones, de modo que el enfermo pueda engendrar su constitución, sino al contrario, considera que quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias, no debe recibir cuidados por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad" (Platón, *La República*, 407c.).

"Por lo tanto, los médicos deben separar del cuerpo aquellos miembros que están necrosados y cuya eficacia sea nula, como los dedos gangrenados y los dientes cariados. Del mismo modo, si dejásemos individuos semejantes a dichos miembros enfermos en una sociedad modelo posiblemente causarían el nacimiento de otros deficientes" (Averroes, exposición de la *República de Platón*, P32).

"El médico, en primera instancia, ante trastornos leves intenta no variar mucho los hábitos cotidianos y poner un orden en las comidas, en las bebidas, en los ejercicios y fortalezas de la salud, modificando tan solo el régimen de vida. Lo inmediato es que la moderación haga progreso; si la moderación y el régimen no hacen efecto, retira y limita algunas cosas; si ni siquiera entonces responde, suprime comidas y con el ayuno alivia el cuerpo, si han resultado en vano estos procedimientos más suaves, abre la vena y en el interior de los miembros, si infectan las zonas adyacentes y propagan la enfermedad, aplica su cirugía... pero, a quienes no han podido prolongar la vida, les facilitaran una muerte llevadera". Séneca, *de Ira* I,I,C,G).

Con estos textos hemos querido demostrar que la Medicina no sólo ha cumplido con defender la vida, sino que ha sido desde sus orígenes una ciencia eutanásica. El doctor Gracia plantea que los médicos han



1988 Juicio a la enfermera Michaela Doeber en Wuppertal (Alemania) por haber practicado eutanasia involuntaria a 17 pacientes

1989 En Viena se acusan a 4 enfermeras (*El Ángel de la Muerte*) por haber practicado la eutanasia involuntaria a 42 pacientes en el hospital de Lainz en Viena.

1990 Se presentó el caso Nancy Cruzan en relación con las directrices previas.

1991 Se publican en Holanda dos estudios sobre la eutanasia, el informe Remmelink y el informe Van Der Wal.

1991 Se reanima en USA la polémica sobre el suicidio Asistido con la publicación de un artículo por parte del Dr. T. Quill.

1991 Se publica el libro *Final Exit*, en este manual el Dr. Derek Humphry explica a los enfermos terminales cómo suicidarse.

1991 Se produce el caso de Helga Wanglie en relación con la terapia inútil (fútil).

1994 Aprobada la despenalización de la eutanasia en Holanda.

1995 Aprobada la despenalización de la eutanasia en Colombia.

1999 Condenan a J. Kevorkián ("El Doctor Muerte") por homicidio en Michigan.

practicado tradicionalmente la eutanasia pasiva (desahucio a sus pacientes cuando veían que el proceso era incurable) y que la eutanasia activa, en aquellos casos en que las características peculiares de la enfermedad así lo aconsejan, como contagio de la enfermedad o final trágico o doloroso.

## MENTALIDAD "AUTONOMIZADA"

Hoy día ha resucitado el interés por la eutanasia porque se ha incorporado un nuevo elemento al debate: la autonomía de los pacientes.

Desde la antigua cultura griega hasta los médicos nazis, las prácticas eutanásicas que tenemos noticias se basaron en motivos sociales, políticos, médicos, eugenéticos etc, pero en muy pocas ocasiones tuvieron en cuenta la voluntad de los pacientes.

En estos momentos la pregunta ha cambiado de horizonte, ya no nos preguntamos si el Estado tiene o no derecho a eliminar a los enfermos minusválidos, sino la pregunta es por la posibilidad ética de dar una respuesta positiva a quienes desean morir y piden ayuda a tal efecto. La actual polémica sobre la eutanasia es además de un intento de dar una salida humana a las fases finales de la existencia, es un reto a nuestra cultura, y a nuestra forma de afrontar la vida y la muerte.

La pregunta está en saber si este proceso ganado por los enfermos (autonomía del morir) puede llevarse hasta el punto de que los pacientes puedan, no sólo rechazar tratamientos que ellos consideren innecesarios o perjudiciales, sino pedir que se ponga de modo directo y activo fin a su vida. Esto refleja que hay personas para las cuales hay situaciones que consideran como peores que la muerte, p.e. los casos en que las personas han perdido la capacidad de cuidarse por sí mismas, como sucede con los cuadrapléjicos.

En 1983 Peind y R. Rosser realizaron una encuesta con el fin de evaluar el impacto que la enfermedad produce en el enfermo grave. El resultado demuestra que hay situaciones peores que la muerte; la edad, la religión y la clase social, no son variables relevantes, pero la inmovilidad física, el dolor y agotamiento, la capacidad para cuidar de sí mismo y las aptitudes para establecer relaciones interpersonales sí constituyen factores determinantes a la hora de la toma de decisiones. La vida aún, no puede medirse solo por su cantidad, sino también por su calidad, en la cual desempeñan un factor determinante los 4 factores anteriores; pero este tema lo trataremos en un apartado posterior.

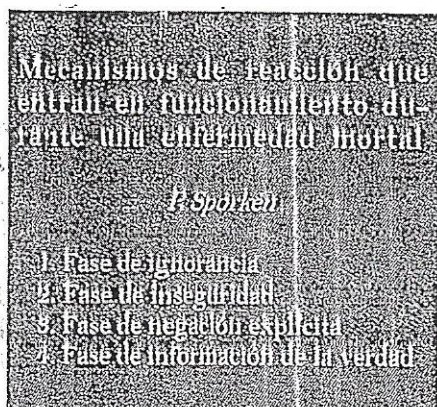
El problema ético está en saber si las personas que viven una vida que consideran peor que la muerte pueden poner término a sus sufrimientos (suicidio) y si en el caso que estén imposibilitados para realizarlos por sí mismos, pueden pedir a otras, especialmente a los médicos, que pongan término a su vida (eutanasia).

Así se encuentran hoy planteado el tema de la eutanasia.



✓ el hecho de la muerte, Tanatos- está teniendo graves y negativas consecuencias. Se está reprimiendo una dimensión que es inseparable de la condición humana, con todo el efecto negativo consecuente a la negación de una realidad innegable para el ser humano. Pero, sobre todo, está dificultando y bloqueando la ayuda al enfermo próximo a la muerte. Ha sido muy frecuente, el deseo de que el enfermo terminal no fuese consciente de su situación o se le crease a su alrededor todo un entramado de mentiras o informaciones inexactas, imposibilitándole la comunicación de sus angustias y esperanzas interiores. Todo ello está agudizado por la masificación y el anonimato tan frecuente en los grandes hospitales.

③ Un punto muy importante es el de la comunicación de la verdad al enfermo. Cada vez se está cuestionando más esa tendencia a no informar al paciente. La difusión de las Cartas de los Derechos de los Enfermos ha creado una nueva mentalidad que reconoce crecientemente el derecho de aquéllos a ser informados. Es verdad que no se puede absolutizar ese derecho y que deben admitirse dos excepciones: si el mismo paciente no quiere ser informado y, también, el llamado "privilegio terapéutico", si se considera que la información va causar grave daño al paciente. Pero este privilegio tiene siempre un sentido excepcional y la información debe convertirse en norma general. En caso de no-información, las personas que actúan así tienen sobre sí "la carga de la prueba", es decir, deben poseer argumentos para justificar la retención de la información.



④ Un problema importante es cómo debe realizarse esa información. En primer lugar deberá darse de forma dosificada. Debe instaurarse, además, un proceso en que el propio enfermo tendrá su protagonismo y será él mismo el que seleccione la persona con la que quiere comunicarse y los momentos más adecuados. Aquí es necesaria una nueva "ars moriendi", un arte y una verdadera mayéutica para ayudar a bien morir y debería volver a cobrar actualidad la figura medieval del "nuntius mortis", del "mensajero de la muerte", probablemente un amigo o un confidente como figura elegida por el enfermo para recitar esa comunicación. La información debe hacerse de forma dosificada y manteniendo siempre una puerta abierta a la esperanza, que es muy importante para el enfermo y que nunca constituirá un engaño, dado el carácter no exacto de los pronósticos médicos. Sporken considera que más importante que la información es el acompañamiento real del enfermo terminal. Sin embargo, este acompañamiento verdadero exige de que intenta ayudar a bien morir estar abierto a la posibilidad de informar sobre la verdad.

\* ⑤ Un aspecto clásico en la obra de Kübler-Ross es el de las fases por las que atraviesa un enfermo terminal. Desde el contexto estadounidense, en que suele informarse sobre la verdad al enfermo, se distinguen cinco fases:

Negación: en que el enfermo rechaza la información que se le ha dado.

Agresividad: el paciente se pregunta por qué le afecta precisamente a él y fácilmente vuelca esa agresividad sobre las personas cercanas.



Negociación: en que el terminal acepta el hecho de la proximidad de su muerte, pero "negocia" - frecuentemente con Dios - y pone interiormente plazos para ese acontecimiento.

Depresión: el enfermo terminal se siente desalentado, sin interés por cuanto se desarrolla a su alrededor.

Aceptación: el paciente puede acabar asumiendo y dando sentido al fin de su vida. Con la necesaria ayuda, Kübler-Ross considera que muchos pacientes pueden llegar a esta fase.

Sporken que escribe desde el ámbito europeo y latinoamericano, en donde es mucho menos frecuente la tendencia a informar, antepone las siguientes cuatro fases a las descritas por Kübler-Ross: fases de ignorancia, inseguridad, negación implícita e información de la verdad. Por supuesto que estas fases no deben entenderse como compartimentos estancos, en donde se pasa cronológicamente de una a otra, sino de prevalencias en el estado de ánimo del enfermo.

A partir de estas fases, Kübler - Ross determina varios criterios fundamentales en el cuidado de este tipo de pacientes, como son: a) que la inmensa mayoría de los pacientes en esta condición tenían gran necesidad de comunicación interpersonal; b) que por lo general, el personal de salud no sabía establecer una relación con ellos, no tenían claro cómo ayudarlos; c) que la propia familia no sabía ni era capaz de prestar la ayuda necesaria del enfermo, y d) que los ministros religiosos (católicos, protestantes o judíos) tampoco establecían una buena relación con estos enfermos.

⑥ Una constatación de los autores citados es la de que la mayoría de las personas que rodean al enfermo carecen de esa "ars moriendi", que no saben prestar al enfermo la necesaria ayuda; que sus temores y angustias ante su propia muerte les incapacitan para tener esa comunicación... Esta

situación se da de forma generalizada en los profesionales de la salud, en los mismos capellanes, en los amigos y familiares - que deberían también recibir una ayuda específica en estas siempre difíciles situaciones.

⑦ Todo ello lleva a la conclusión de que nuestra cultura tiene que cambiar sus actitudes ante la muerte que, sin negar su carácter traumático, debería ser asumida con mucho más naturalidad, ya que forman parte integrante de la vida. Sería necesaria una educación tanatológica, que debería comenzar con la misma escuela y en la misma familia y estar especialmente dirigida a aquellos cuya profesión les pone más en contacto con la realidad de la muerte.

### Mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal

Elisabeth Kübler-Ross

Primera fase: negación y aislamiento

"El hombre construye barricadas contra sí mismo"

Segunda fase: ira

"Interpretamos mal el mundo y decimos que nos defrauda"

Tercera fase: pacto

"El hacha del leñador pidió su mango al árbol. El árbol se lo dio"

Cuarta fase: depresión

"El mundo torce rozando las cuerdas del moroso corazón componiendo la música de la tristeza"

Quinta fase: aceptación

"Tengo que partir. Decidme adiós hermanos"



## TEMA 29

## Enfermos terminales

## Contenido:

1. Introducción
2. Perfil psicológico
3. El dolor y sufrimiento humanos
4. Etapas del enfermo terminal: aportes de Elizabeth Kübler-Ross
5. Cantidad vs calidad

**9** Imaginemos la siguiente situación, que es muy frecuente: una persona que enferma con una dolencia grave acude al hospital, suele encontrar casi siempre un equipo de médicos, de enfermeras, de auxiliares etc., con disponibilidad para utilizar todos los recursos necesarios para su tratamiento. Esta situación puede tener dos cargos de acción posibles.

Cuando el enfermo se cura o prolonga su vida con una aceptable calidad, se comparte con el equipo sanitario una sensación de triunfo y eficacia; el paciente ha cooperado y recibe el estímulo y felicitación por parte del médico y los familiares. Pero, ¿qué pasa cuando los tratamientos no producen el efecto esperado, si los síntomas se intensifican y la enfermedad avanza hasta un punto que no se puede controlar? Cuando el proceso se vuelve irreversible entramos en la etapa final de la enfermedad. Todo cambia. El tiempo concedido al paciente se reduce notablemente; el médico, en la mayoría de los casos, considera haber hecho todo lo posible y ahora debe dedicar su tiempo a enfermos más rentables en eficacia terapéutica. El equipo sanitario tiene una sensación de malestar y de fracaso. El enfermo comienza a parecernos menos atrayente e incluso lo catalogamos como enfermo difícil.

213

## 2. PERFIL PSICOLÓGICO

No existe un modelo comportamental generalizable a todos los enfermos terminales, pero hay algunas características y estereotipos que puede sintetizarse en los siguientes: sentimientos de angustia, tristeza, y pena; mayor vulnerabilidad ante los cambios sociales, físicos y personales percibidos; una gran soledad no buscada; sensación de dependencia e incapacidad; inadaptación al proceso hiriente del morir; percepción de rechazo y olvido; miedo al dolor y al sufrimiento; completo de silencio; temor a caer en estado vegetativo permanente; estados de estrés y de depresión; miedo a no controlar la situación amenazante; pérdida de autoestima; preocupación obsesiva por las repercusiones de la enfermedad irreversible y de la muerte en los familiares; tener un incierto futuro; sentimientos de culpa, carencia de motivación para seguir viviendo; ansiedad ante la muerte.

También existen pacientes que asumen los procesos de la enfermedad y del morir con valentía, madurez, resignación y mucha esperanza; afrontan su enfermedad gracias a su sistema de valores y sus creencias propias. Los sistemas de creencias operan de modo independiente ante las diferentes amenazas o pérdidas; es más, para muchos seres humanos estas creencias modulan y aminorizan los miedos, además de crear



#### 4. ETAPAS DEL ENFERMO TERMINAL

"... Doy estos ejemplos para poner de relieve que el hombre no ha cambiado básicamente. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles"... (sobre la muerte y los moribundos).

La doctora Kübler-Ross, nacida en Suiza y naturalizada en Estados Unidos, es la primera persona hacia los años 70 que empieza a interrogarse por las vivencias que experimenta los enfermos terminales, por sus deseos, las ayudas que reciben. Los aportes de la doctora Kübler-Ross son las siguientes:

- La mayoría de los enfermos terminales necesitan exponer abiertamente sus miedos, angustias y esperanzas.

- La mayoría del personal de salud no sabe cómo ayudar al enfermo terminal ni es capaz de relacionarse abiertamente con él, puesto que sus miedos y angustias se convierten en barreras que bloquean la relación. Tampoco los ministros religiosos.

- Los católicos, protestantes o judíos no saben relacionarse con los enfermos, si acuden a ver los enfermos pero se limitan a pronunciar oraciones o a leer textos sagrados.

- La propia familia no sabe y teme al hablar con el paciente, por lo común lo que hacen es bloquear la información y crear en torno al paciente un conjunto de mentiras y de medias verdades que llevan a su aislamiento. Esto se complementa cuando el personal sanitario tampoco le comunica la información al paciente creando un verdadero "código de silencio".

-Un aspecto importante de la obra de la Dra. Kübler-Ross son las fases por las cuales atraviesa el enfermo terminal (hay que aclarar que la Dra. Kübler-Ross escribe desde EEUU en donde la

esperanzas. Estos pacientes tienen preferencias muy claras, rechazan los tratamientos invasivos y de mantenimiento de una vida precaria; prefieren la muerte a vivir aterrorizados por las condiciones indignas e insufribles de la enfermedad terminal. Por eso renuncian a la lucha y a la aceptación de una vida sin calidad.

#### 3. DOLOR Y SUFRIMIENTO HUMANOS

La muerte y el morir son instantes y procesos que forman parte inseparable de la vida, también lo son el sufrimiento y el dolor. Estos acompañan, configuran y determinan la vivencia de la entidad llamada enfermedad.

A pesar de la importancia que tiene este binomio dolor/sufrimiento es sobresaliente que las ciencias biomédicas y comportamentales hayan olvidado estudiar el análisis de la significación, evaluación y tratamiento del insoslayable sufrimiento humano. No debemos por eso extrañar el exceso de celo en los tratamientos biotecnológicos inoperantes en los estadios finales de la vida de los pacientes, olvidando del todo los sentimientos, emociones, sufrimientos y los deseos del paciente y de sus familiares. Así también miramos la ignorancia del sufrimiento en las materias que cursan en las carreras de Medicina, Enfermería y Psicología.

El dolor y el sufrimiento tienen significados diferentes dependiendo del ámbito o ciencia que los analice y de los contextos personales, culturales y sociales que los interpreten. Además son procesos reversibles, el dolor se deriva del sufrimiento y del sufrimiento persistente puede surgir el dolor.

El problema se debe al uso indiscriminado de los conceptos de dolor y sufrimiento, con predominio de término dolor; y además a la dificultad intrínseca que ofrece la definición, cuantificación, análisis y tratamiento del sufrimiento humano.

Tanto el dolor como el sufrimiento proceden de los estímulos aversivos o de amenaza que introducen en el ser humano reacciones de evasión y rechazo; pero son de indudable utilidad como indicadores de patologías biopsicológicas en función de la interacción de las variaciones fisiológicas y psicológicas.

Hasta ahora la ciencia clínica se ha preocupado de los problemas concretos del dolor (cefaleas, migrañas, dolor traumático, dolor crónico) olvidando la incidencia, globalidad y prevalencia del sufrimiento en muchas enfermedades somatopsíquicas; aunque reconocemos que se ha estudiado desde la patogénesis del dolor, de la esquizofrenia y desde los diferentes desordenes psicofisiológicos.

El concepto de sufrimiento se relaciona mucho más con el dolor moral, el daño, la pérdida y las expectativas de vida negativas que se pueden originar. Es, sin embargo, la enfermedad ya sea física o mental la que



tendencia más general, es la de informar al paciente sobre su verdadera situación, cosa que no ocurre en nuestros países):

**A. FASE DE NEGACIÓN:** a pesar de que el paciente conoce el pronóstico de su enfermedad, se niega a ver la realidad que se le ha explicado argumenta: "puede tratarse de una equivocación", escamotea el hecho que se ha presentado.

**B. FASE DE IRA:** el enfermo está agresivo, se pregunta por qué él, qué hice de malo... con frecuencia descarga esta agresividad con sus seres queridos, con el médico. En realidad hay que comprender que su ira va dirigida contra sí mismo, y no contra las personas que lo están atendiendo.

**C. FASE DE NEGOCIACIÓN O PACTO:** el enfermo ya asume la proximidad de su muerte, pero pide implícitamente ciertos plazos. En personas creyentes es frecuente la oración pidiéndole a Dios que les proteja en vida hasta... Esta etapa es importante porque representa la primera aproximación y aceptación a la muerte, un comenzar a mirar la cara a un fin que se acerca.

**D. FASE DE DEPRESIÓN:** el enfermo pierde interés por el mundo que le rodea, le molesta la vitalidad que percibe a su alrededor, se siente profundamente postrado, sin ganas de hacer nada, de hablar, de luchar.

**E. FASE DE ACEPTACIÓN:** está es la fase final, ideal que puede llegar el paciente terminal.

Estas etapas no deben entenderse como compartimentos estancados desde los que se pasa automáticamente a los sucesivos. Las fases marcan la situación interior del paciente, pero lógicamente, hay retrocesos hacia fases precedentes, hay yuxtaposición etc.

La Dra. Kübler - Ross nos expone la necesidad de que nuestra cultura elabore su propia *Ars Moriendi*- Arte de morir. El escamoteamiento cultural de la muerte, el miedo y la angustia ante la misma que

provoca una mayor vulnerabilidad y sufrimiento. El sufrimiento tiene siempre connotaciones referidas al dolor moral y a las sensaciones, emociones y/o experiencias desagradables o penosas.

Las conductas de dolor/sufrimiento tienen por objeto poner al hombre en estado de alerta en lo psicosomático y atraer la atención, la ayuda, la asistencia, la compasión y/o consuelo.

Las ciencias sociales no han desarrollado modelos y arquetipos del sufrimiento (a excepción, claro está, del psicoanálisis, o la psicopatología) porque generalmente ha dejado que sea el enfoque religioso-moral especulativo el que se encargue.

Son muchas las causas que generan dolor/sufrimiento; sin embargo son las situaciones límite las que provocan un mayor estado de sufrimiento: dolores crónicos, enfermedades irreversibles, situación terminal, la agonía, las enfermedades afectivo-mental, estrés persistente, esquizofrenias, neuroticismo, depresión, psicosis etc.

Sin embargo, hay elementos diferenciadores entre ambos constructos. El dolor tiene su origen por causa de índole neurofisiológico o psicológico, posee vías o mecanismos de transmisión (neurotransmisores), localizaciones cerebrales más o menos precisas, umbrales perceptivos, unos términos singulares acuñados por la LASP (hasta 32 términos diferentes: algogénico, anestesia etc), y un tratamiento farmacológico-psicológico-físico-médico estructurado y experimentado; no acontece lo mismo con el sufrimiento ya que afecta a la persona en su totalidad, el origen es menos inespecífico (aunque se cree que tiene su origen en las bases neurofisiológicas: estimulaciones aversivas, conductas de los estímulos aversivos etc.), la terapéutica y las técnicas de afrontamiento no están tan desarrolladas como en el tratamiento del dolor: las drogas, analgésicos reducen el sufrimiento, aunque no parece que sean la mejor solución; además podrían utilizarse técnicas psicosociales de reducción del estrés, del dolor, de la angustia, del temor, técnicas distractivas y de reducción de miedos, estrategias psicofarmacológicas que controlen la depresión, la esquizofrenia y la angustia.

Para afrontar el sufrimiento es necesario escuchar, dialogar y observar al paciente, analizar las actitudes de los otros hacia el paciente y el nivel personal para soportar la enfermedad, identificar que significado tiene la enfermedad para el paciente, interpretar la expresión verbal, no-verbal de las emociones, evaluar los estados psíquicos y actitudes del paciente ante su estado futuro. Estos son los supuestos para poder iniciar esa eficaz terapia para reducir el sufrimiento, sea de índole médica, psiquiátrica, psico-farmacológica, cognitiva/conductual, o de simple apoyo humano y/o espiritual.

La falta de perspectiva por los médicos de la naturaleza del sufrimiento puede dar como resultado una intervención si bien médica y técnicamente adecuadas, pero no será capaz de aliviar el sufrimiento sino que además se puede convertir en una fuente de sufrimiento por sí misma.



experimentamos con mucha frecuencia, bloquean su capacidad de acompañar al paciente terminal, por lo cual es preciso desenmascarar nuestras actitudes ante el enfermo terminal, que no es solamente compasión hacia él, sino compasión hacia nosotros mismos.

Este *Ars moriendi* que propone la Dra. Kübler - Ross nos muestra la necesidad de poner en duda la validez de una muerte rodeada de costosos y sofisticados aparatos, pero vacía de calor humano y compasión. Es necesario la creación y profundización de una nueva ciencia, la Tanatología para que podamos reelaborar una nueva forma o estilo de morir.

Es importante hablar un poco del bioeticista Paul Sporken. El Dr. Sporken cuestiona el trabajo de Kübler - Ross en el sentido de que la realidad norteamericana es muy distinta de la mediterránea sobre todo en un punto neurálgico: "La Información al paciente". En el mundo mediterráneo, a diferencia del norteamericano, la tendencia más generalizada es a no informar al enfermo sobre su situación, aunque sí a sus familiares. Sporken insiste en que la información debe darse de forma dosificada, y también subraya la necesidad de que la información nunca cierre la puerta a la esperanza (esto no es un engaño al enfermo ya que la Medicina no es una ciencia exacta).

Sporken cambia la relación propuesta por la Dra. Kübler-Ross, del planteamiento desde el esquema información/no información al de acompañamiento al enfermo. Hay que saber estar cerca de él, ser capaces de sostener su mirada y apretar su mano.

Sporken antepone 4 fases a las ya descritas por Kübler-Ross:

**A. FASE DE IGNORANCIA:** El desconocimiento del enfermo sobre la gravedad de su situación puede ser mayor o menor, pero por lo general su familia sí conoce toda la información de su diagnóstico y posible pronóstico del enfermo.

De la magnitud e importancia que se le ha dado al sufrimiento en el enfermo terminal han surgido diversas asociaciones, manifestos y unidades del dolor y de cuidados paliativos que propugnan reiteradamente por un morir sin sufrimientos o un morir donde el alivio del dolor y del sufrimiento sean el objetivo primordial de toda acción terapéutica, respetando los derechos más elementales de toda persona moribunda: información, libertad, autonomía, rechazo a los tratamientos, rechazo al encarnizamiento terapéutico, derecho a una muerte digna y en paz, en medio del acompañamiento de sus seres queridos, derecho a no morir solitaria y pasivamente en un frío hospital, derecho a disponer de la propia persona, del cuerpo y de la propia vida, derecho a una mínima calidad de vida... Se ha demostrado que muchos sufrimientos se reducirían si se respetan los deseos y las voluntades de los pacientes, y además si aplicamos los medios técnicos, psicológicos y humanos para procurar un morir digno, resultará improbable que estos pacientes soliciten la eutanasia activa, puesto que el argumento principal es que el dolor y el sufrimiento graves que provocan la enfermedad los degrada tanto que prefieren la muerte.

Sin embargo, el control del dolor y del sufrimiento no debe implicar su absoluta erradicación, cerrando totalmente los estados emocionales de modo artificial, pues sería como no admitir la condición inherente y limitadora de la esencia humana, y el valor y el estado de alerta que suponen ambos constructos.

## 5. CANTIDAD VS CALIDAD

Como hemos venido argumentando, la forma de morir ha cambiado gracias al poder tecnológico de las ciencias biomédicas, en el momento actual es posible mantener artificialmente y por mucho tiempo las funciones meramente vegetativas del cuerpo. Con esto hemos conseguido alargar indefinidamente la vida de un ser incluso en situaciones de conciencia nula o de sufrimientos insoportables.

Esto nos ha llevado a planteamientos por parte del paciente sobre la relación que puede existir entre *cantidad de vida vs la calidad de vida* esperada. ¿Qué es y en qué consiste la calidad de vida humana? ¿Cuál es la importancia que debe tener la "Calidad de Vida" en la toma de decisiones en pacientes terminales?

El problema del concepto de calidad de vida radica en que es muy difícil definirlo puesto que no es un concepto intelectual u objetivo. Es más bien una aspiración o ideal que sólo puede concretarse en un determinado contexto histórico, social y personal.

Podemos afirmar que no es un tema nuevo, que toda sociedad a través de la historia se ha preguntado por cuál es el estado más deseable para el hombre. Este fue el gran tema estudiado por Aristóteles en su *Ética a Nicómaco* (el estudio o actividad ideal de florecimiento humano al que aspira llegar todo hombre es el de "*Eudaimonía*" -felicidad mal traducida pero nos aproxima al concepto). La "felicidad" es el único fin que todo ser



**B. FASE DE INSEGURIDAD:** el enfermo atraviesa por períodos de angustia y tristeza que alterna con otros de optimismo y esperanza sobre su recuperación física. El enfermo busca salir de la incertidumbre haciendo preguntas más o menos veladas a personas relativamente alejadas y no directamente al médico o a sus familiares.

**C. FASE DE NEGACIÓN IMPLÍCITA:** el enfermo sospecha más o menos su situación, pero la niega, no desea aceptarla, no reconoce en sí mismo la ausencia de síntomas que calificaría de graves, es más realiza planes nuevos.

**D. INFORMACIÓN DE LA VERDAD:** Para Sporken no siempre hay que comunicar al enfermo la verdad sobre su estado, puede darse una ayuda real aunque no se le diga la verdad. Pero mantener sistemáticamente el secreto puede bloquear la comunicación con el enfermo.

Muchos autores no estarían de acuerdo con no comunicar la información al paciente, personalmente considero que Sporken es un paternalista duro; una cosa es comunicar la información y otra cosa es saberla comunicar, lo primero no dudo que haya que realizarlo, mientras que lo segundo ya lo analizaremos más adelante.

Concluye Sporken diciendo que una vez informado al paciente acerca de la verdad de su situación, entonces entraría en juego las fases de Kübler- Ross descritas anteriormente.

humano persigue por sí mismo, es decir es la finalidad última del ser humano. Por esta misma línea encontramos escuelas muy interesantes como los epicúreos y los estoicos maestros en el rescate de los conceptos placer y dolor constitutivos del ser humano.

El cristianismo, por su parte, manipuló dos conceptos que han repercutido en todo Occidente: en primer lugar, asignó al sufrimiento un valor sobrenatural redentor y purificador, y en segundo lugar, instauró el llamado principio de "santidad de la vida", según el cual la vida humana tiene un valor absoluto y es inviolable aún en situaciones de sufrimiento eterno.

La modernidad intentó separar ambas esferas: una cosa es la felicidad del ser humano (lo privado) y otra cosa es la vida moral (lo público). Y fue precisamente Kant el que propuso una ética del deber independiente de nuestra felicidad.

Sin embargo, las éticas de la "calidad de vida" tienen que ver con éticas al estilo Aristotélico, es decir dándole mucha importancia a las consecuencias de las acciones, es así, como el peso que le colocan las éticas de la calidad de vida están en reconocer que la "felicidad es una justificación válida para las acciones humanas". Lo cual trae como consecuencia dejar a un lado posiciones trascendentalistas como las éticas deontológicas o kantianas.

Planteadas así las cosas, la calidad de vida se evalúan según la medida en que se satisfacen las expectativas y las finalidades vitales de los individuos. Es así como las diferentes teorías éticas nos suministran criterios diferentes para evaluar la calidad de vida. Desde el criterio puramente utilitarista (cálculo de la felicidad neta, "cálculo felicífico") hasta criterios "perfectistas" (criterios que especifican ciertas cualidades, actitudes o capacidades humanas), también existen los enfoques que atienden a las *necesidades humanas* (calidad de vida depende de la forma en que están cubiertas las necesidades básicas como la ausencia de dolor, la movilidad, la comunicación, etc); y que atienden mas bien a los *deseos* (de placer, de realización etc.).

Es muy importante insistir en la polémica calidad vs "santidad" de vida. Esta última instaura un carácter sagrado, absoluto e inviolable de toda vida humana en cualquier circunstancia y sin excepciones.

El origen de concepto de santidad de la vida es netamente religioso, siendo su presupuesto básico la afirmación de que la vida humana es una creación de Dios sobre la cual el hombre no tiene autoridad de disponer de ella. Esto se ha traducido secularmente afirmando el valor incommensurable de la vida humana, que obliga, en principio, a protegerla siempre. La diferencia fundamental entre santidad de la vida y calidad radica en la doctrina ética que las sustenta. Ya vimos que el concepto de calidad de vida se basa en las éticas consecuencialistas; mientras que las doctrinas de la santidad de la vida son deontológicas, es decir se basan en principios absolutos que pretenden ser universalizables. Los partidarios



de esta doctrina pretenden resolver *a priori* todos los problemas argumentando que la vida es sagrada y hay que protegerla siempre, sin ninguna excepción; estas posturas pueden llegar a adoptar criterios vitalistas, en las que lo importante no es la vida propiamente humana sino la vida meramente biológica. Pretender utilizar este instrumento como único medio para determinar de antemano todas las decisiones es tomar su valor real (como principio) y convertirlo en un nuevo mecanismo para evitar decisiones en lugar de ser una guía para las mismas.

Debemos reconocer que en países como Colombia hay que proteger el derecho a la vida frente a posibles lesiones; pero también debemos reflexionar que hay ocasiones en que la calidad de vida puede llegar a estar tan gravemente deteriorada, que intentar mantenerla se constituye en una violación a esa santidad que tanto hemos cuidado.

Necesitamos elaborar un concepto de calidad de vida que no relativice el valor de las personas teniendo en cuenta el mérito, rango o utilidad social. Que sepa distinguir entre la vida personal y la vida meramente biológica, reconociendo que ésta última es sólo la condición para los valores y realizaciones humanas. Será un concepto que garantice la igualdad para todas las personas, pero que al mismo tiempo reconozca que no toda forma de vida tiene igual valor para esa persona. Este concepto podrá invocarse únicamente en beneficio del paciente afectado, deberá primar sobre los intereses de los otros o de la sociedad.

Sin embargo, hay que dar un paso más adelante, ahora tenemos que intentar cuantificar la calidad de vida, es decir, elaborar instrumentos que nos ayuden a medirla.

Primero que todo hay que saber que las evaluaciones sobre la calidad de vida deben ser multifactoriales, deben abarcar no solo la esfera física sino también la psicológica, la social e interpersonal, la económica y la espiritual. El instrumento más adecuado es el cuestionamiento o entrevista y las propiedades psicométricas que deben tener son: la fiabilidad o consistencia interna en la producción de resultados semejantes en situaciones similares; la validez o marca como el instrumento mide el concepto que se pretende medir; dirección del *test* o el tiempo apropiado para lograr una buena fiabilidad pero sin agotar al paciente; facilidad de manejo por parte del paciente que sea con escalas lineales para que el paciente escoja su situación actual, o con puntajes distintos a un juego de respuestas posibles; facilidad de codificación y análisis.

Entre las formas concretas de medir la calidad de vida encontramos:

1948 Escala que medía el estado de funcionalidad física (Karnofsky).

1963 Escala que medía la independencia de las actividades de la vida diaria ADL (Katz).

1975 Escala de medida del estado de salud (SLP) (Bergner).

1976 Escala del índice de Bienestar (Kaplan, Bush y Berry).

Debemos reconocer que en países como Colombia hay que proteger el derecho a la vida frente a posibles lesiones; pero también debemos reflexionar que hay ocasiones en que la calidad de vida puede llegar a estar tan gravemente deteriorada, que intentar mantenerla constituye una violación a esa santidad que tanto hemos cuidado.



1979 Escala del rango general de percepción de la salud (Waite).

1980 Concise Quality of life-index (Spitzer).

1981 Functional Living Index Cancer (Schipper).

1988 Quality of life Questionnaire (Q-L-Q) (Agronson).

1988 The Meaning in life Scale (intenta medir el sentido, las ciencias y la fe de los pacientes).

La más utilizada es la QALY (años de vida ajustados según su calidad). La idea del método es dividir el número de QALY por su costo, obteniendo una medida de costo/utilidad que permite orientar la toma de decisiones.

Las anteriores escalas han sido elaboradas para diversas situaciones clínicas y han servido para realizar el seguimiento de enfermedades, contestar respuestas y tratamientos o elegir entre las distintas alternativas terapéuticas.

En el campo de la enfermedad terminal los bioeticistas Jonse y Siegler han desarrollado una clasificación tripartita:

1. La calidad de vida disminuida: son situaciones de déficit físico o mental que permite aún una vida propiamente humana.

2. La calidad de vida mínima: situaciones irreversibles de sufrimiento intolerable para el sujeto; frustración de las expectativas más vitales; restricción del nivel de conciencia y de comunicación. Aquí ya aparecen los verdaderos dilemas éticos.

3. La calidad de vida bajo mínimos: situaciones de una mínima capacidad de conciencia y de relación con los demás seres humanos. Los estados vegetativos permanentes entran en esta etapa. En ella la ausencia completa de calidad de vida puede justificar las decisiones de abstención terapéutica.

## TEMA 30

## La eutanasia

Contenido:

1. Introducción: la eutanasia, un debate de términos

2. Eutanasia vs suicidio asistido  
actos transitivos vs intransitivos



Uno de los primeros problemas que tiene la eutanasia desde sus orígenes es el de la gran cantidad de conceptos, tipos y subtítulos que existen. El origen de esta situación está en que etimológicamente eutanasia solo significa "buena muerte", lo cual es suficientemente ambiguo y neutro que genera todo tipo de interpretaciones. Porque si seguimos al pie de la letra el concepto de eutanasia entonces podemos afirmar que todos queremos una buena muerte, por lo tanto todos deberíamos pedir la eutanasia.



El problema radica cuando le preguntamos a cada uno que entiende por buena muerte. Históricamente hemos solucionado este problema creando nuevos conceptos o soluciones:

### CALIFICATIVOS DEL TÉRMINO EUTANASIA

Eutanasia activa, positiva u occisiva: son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre.

Eutanasia pasiva, negativa o lenitiva: consiste en la suspensión de actitudes terapéuticas que prolonguen la vida del paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible.

Eutanasia directa: considera sinónimo de la eutanasia activa.

Eutanasia indirecta: se refiere a la muerte de un paciente ocurrida como efecto secundario -no deseado ni buscado- del tratamiento del dolor producido por su enfermedad. Tradicionalmente se le ha llamado "principio del doble efecto".

Eutanasia voluntaria: la que se realiza a petición expresa del paciente.

Eutanasia involuntaria: la que se realiza sin que medie petición por parte del paciente.

### NEOLOGISMOS

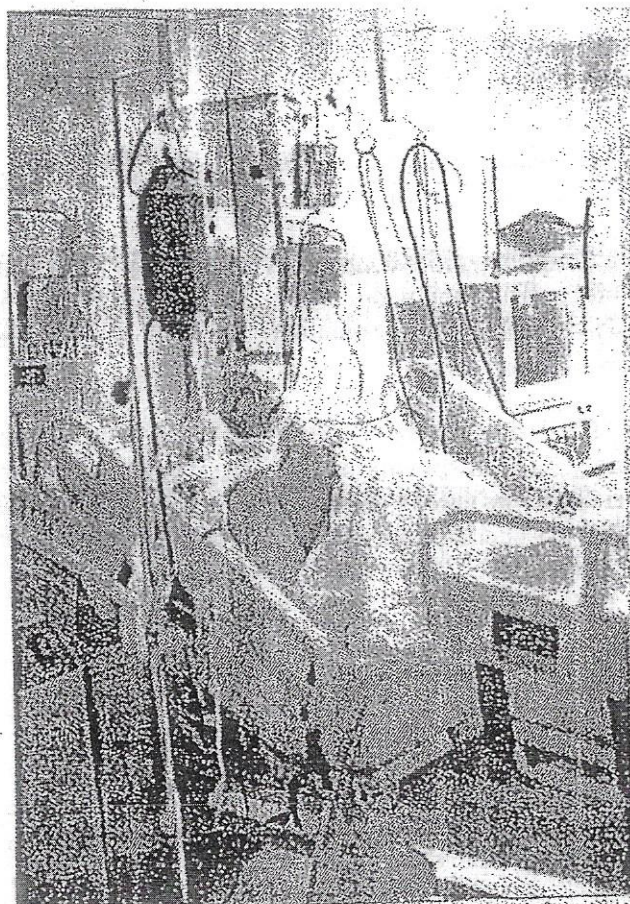
**DISTANASIA:** prolongación artificial de la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal mediante los avances biomédicos. Estos medios utilizados pueden ser ordinarios o proporcionados cuando producen algún tipo de beneficio terapéutico al paciente; o también pueden ser extraordinarios o desproporcionados cuando el beneficio es nulo. El mantenimiento de estos últimos se denomina **ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO**.

**ADISTANASIA:** cesación de la prolongación artificial de la vida del paciente dejando que el proceso patológico termine con su vida.

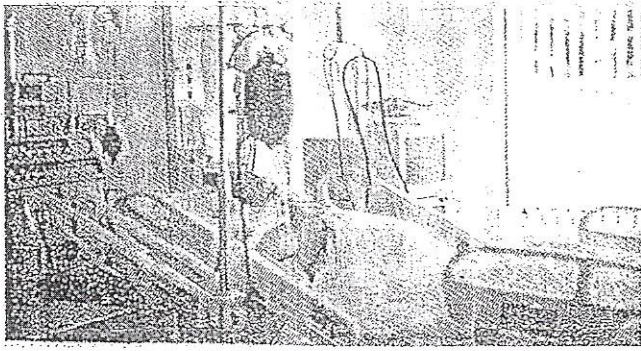
**ORTOTANASIA:** buena muerte, en el sentido de muerte en el momento biológico adecuado.

**CACOTANASIA:** acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie expresa voluntad por su parte. Equivale a lo que hemos llamado "Eutanasia activa involuntaria".

Esta clasificación ha querido ser más estricta con el término pero tal vez a costa, al parecer, en muchas confusiones. El Diccionario de la Real Academia de la lengua define la eutanasia de la siguiente manera: primera acepción: "muerte sin sufrimiento físico" y la segunda "acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable para poner fin a sus sufrimientos". Esta segunda definición ha sido empleada en







países como Holanda y en la Sentencia Constitucional Colombiana: según esta sentencia parece que debe existir 4 características para que se pueda hablar de eutanasia.

- a) un sujeto con una enfermedad incurable;
- b) que pide voluntariamente la muerte;
- c) una acción deliberada que trata de producirla y;
- d) un sujeto que realiza la acción motivada por un sentimiento de compasión.

Hay 2 elementos que resalta la sentencia colombiana:

a) El único que puede ejecutar la acción (terminación de la vida del paciente) es el Médico.

b) Se justifica la petición de eutanasia porque el paciente terminal padece de sufrimientos intolerables.

El resto de acciones y omisiones en este campo no debe recibir el nombre de eutanasia.

Así planteado el concepto, podemos pasar a agrupar los problemas sugeridos por la eutanasia en 4 grupos:

1. Problemas éticos en torno al no-inicio o retirada de medidas de soporte vital (dentro de este grupo entran los problemas como la eutanasia pasiva o la "adistanasia").

2. Problemas éticos de los cuidados paliativos de enfermo terminal. (problemas relacionados con la eutanasia indirecta).

3. Eutanasia (acciones cuyo propósito es terminar deliberadamente con un paciente terminal o irreversible que padece sufrimientos intolerables y que pide expresamente que se le ponga fin a su vida).

4. Suicidio asistido (acto de poner a disposición de un paciente con una enfermedad terminal e irreversible, que padece sufrimientos intolerables, los medios necesarios para que cuando así lo desee ponga fin a su vida. El paciente debe estar en las capacidades tanto físicas como mentales para poder actuar por sí mismo sin ayuda y con plena conciencia).

## 2. EUTANASIA VS SUICIDIO ASISTIDO

En EEUU, uno de los países cuna de la Bioética, toda intervención activa en el cuerpo de otra persona con el fin de poner directamente fin a su vida, es juzgada como moralmente negativa.

Pero las propuestas del Dr. Timothy Quill sobre el llamado suicidio asistido han sido mejor aceptadas por parte de la sociedad.

Eutanasia: fundamentos ético-jurídicos para despenalizar el homicidio piadoso-consentido

Por: Carlos Gaviria Díaz

En: Rev. Número, Sep. Oct. Nov. 1998

1. En la Constitución Colombiana de 1991 se ofrecen sólidos fundamentos para despenalizar el homicidio piadoso cuando la persona que padece intensos sufrimientos a causa de enfermedad grave e incurable, solicita que se le ponga término definitivamente. Voy a exponer, en síntesis, los más importantes.

1. En el artículo 1º del citado documento se establece de modo inequívoco que Colombia, república unitaria constituida como Estado social de derecho, es pluralista y se funda en el respeto a la dignidad humana.

2. En el artículo 16 de la misma Constitución se confiere a todas las personas el derecho al libre desarrollo de su



personalidad, sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

A propósito de esta última posibilidad limitante la Corte Constitucional ha sentado una doctrina, apenas obvia, reiterada muchas veces, en el sentido de que las normas de estratos inferiores al constitucional no pueden, so pretexto de establecer límites plausibles, afectar el núcleo esencial del derecho.

De esas disposiciones, citadas en sus apartes más significativos y pertinentes para nuestro propósito, hemos señalado las palabras y expresiones que merecen énfasis.

II. A partir de esas bases normativas resultó fácil (y necesario) hacer ciertas inferencias a propósito de la materia que nos ocupa, tales como las siguientes:

1. La persona es reconocida por la norma de normas como sujeto moral autónomo, lo que significa que es ella la que ha de elegir los principios y valores morales que deben regir su conducta. El Estado, entonces, la asume como capaz de decidir sobre lo bueno y lo malo, sin que los órganos de poder puedan, legítimamente, sustituirla en esa radical decisión.

Tal es el contraste que, debe subrayarse, existe entre el Estado democrático y liberal (como el que configura la Corte Colombiana) y el Estado paternalista que trata a sus ciudadanos (o más bien súbditos) como incapaces a quienes hay que indicarles el camino del bien, como lo hace el buen padre con el hijo de familia.

2. Por eso el pluralismo es un corolario obligado. Porque no se reconoce una sola sino múltiples perspectivas desde las cuales puede examinarse el problema de lo bueno. Esto implica, claro está, el trazarse caminos, proponerse metas, decidir qué sentido ha de dársele a la vida, pues considerar que ésta ya lo tiene, conferido por un ser superior o por la naturaleza; es apenas una de las opciones posibles.

La tesis empleada por Quill para justificar el suicidio médicamente asistido es la siguiente: uno de los más importantes objetivos de la Medicina es conseguir que los enfermos sin esperanzas de cura puedan morir con tanto control, comodidad y dignidad como le sea posible. Hay casos en los que se han ajustado todos los recursos (tanto cuidados ordinarios como paliativos) y aún el paciente sigue padeciendo grandes sufrimientos; en estos casos algunos pacientes preferirían morir a vivir en las condiciones impuestas por su enfermedad, y unos piden ayuda para ello a sus médicos.

En estos casos, para Quill, el médico debe ayudar a estos pacientes que quieren suicidarse: nuestro objetivo es proponer un criterio clínico que permita a los médicos responder adecuadamente a los pacientes incurables que de una forma responsable les piden ayuda para terminar con su vida. Nosotros (Quill, y otros) apoyamos la legalización de este tipo de suicidio, pero no de ningún tipo de eutanasia activa. Creemos que esto nos lleva al mejor equilibrio entre una respuesta humana a la petición de los pacientes como los anteriormente descritos y la necesidad de proteger a otras personas, más vulnerables. El suicidio médicamente asistido no debe ser visto nunca como un sustituto de cualquier otro tipo de cuidados cuyos objetivos sean hacer más agradable la existencia del paciente, o solucionar los desafíos físicos, emocionales o sociales ocasionados por el hecho de estar muriéndose. Cuando el paciente pide que le ayuden a morir, de este modo, creemos que los médicos tienen la obligación de investigar la petición a fondo y, en determinadas circunstancias, considerar cuidadosamente el hacer una excepción a la prohibición de ayudar a morir.

Los partidarios del suicidio asistido lo diferencian muy bien de la eutanasia, tienen claro que una cosa es no-maleficencia y otra es beneficencia. Consideran que el suicidio es éticamente aceptable cuando un sujeto autónomo lo considera beneficioso para él, en tanto que la eutanasia cae dentro del principio de no-maleficencia, y que por lo tanto no es fácilmente justificable desde el punto de vista ético.

Hay que aclarar que los códigos penales no castigan al suicidio pero sí la ayuda al suicidio, puesto que el suicidio es un acto intransitivo regido únicamente por el principio de beneficencia, mientras que la ayuda al suicidio es un acto transitivo regulado por el principio de no-maleficencia, y por lo tanto penalizado. Quill y sus asistentes son conscientes de ello y consideran que debe ser así. El suicidio asistido no puede ser para ellos nunca una norma o regla, sino una simple "excepción" a la norma despenalizada a la vista de las circunstancias y consecuencias que se presentan en cuanto casos trágicos. En principio y salvo excepciones, la colaboración o ayuda al suicidio debe ser penalizada, y debe considerarse inmoral, pero en circunstancias especiales permiten hacer excepción a ese principio.

Para ayudar a un suicidio, el médico supone proporcionar un método de suicidio (podría ser un *cocktail* de barbitúricos) al paciente que debe ser físicamente capaz de realizar el acto y en consecuencia actúa bajo su



Puede entonces la persona juzgar que la vida es un bien sagrado, acogiendo a una moral religiosa (susceptible también de más de una interpretación), considerarla un bien valioso (pero no sagrado) en determinadas circunstancias, o incluso no valorarla como un bien.

El Código Penal Colombiano no tipifica como delito la tentativa de suicidio.

3. Se ha argüido en contra del fallo que despenalizó la eutanasia activa, en estrictas y precisas condiciones, que pugna abiertamente con el artículo 11 superior que dispone en forma perentoria: "El derecho a la vida es inviolable".

Ni siquiera deberíamos considerar ese pseudoargumento si no fuera porque si han esgrimido personas con formación jurídica y aun algunos de los magistrados que disintieron de la sentencia.

Porque es evidente que si la vida es un derecho, nadie puede privarme de él legítimamente contra mi voluntad; con todo, puedo elegir entre la vida y la muerte libremente, del mismo modo que optar por quedarme quieto es una manera de ejercitar mi libertad de movimiento. Otra cosa bien diferente es que alguien crea (en virtud de la moral que profesa) que vivir es una obligación, cualesquiera que sean las circunstancias en que su vida transcurra. Es sin duda legítima esa creencia y la conducta armónica con ella, pero no es esa una razón para que el Estado se las imponga coercitivamente a quienes no la profesan.

Esto lo ha expresado Gustav Radbruch de manera impecable al afirmar que en el Estado democrático, el derecho y la moral no se relacionan a la altura de los deberes jurídicos sino de los derechos subjetivos; es decir, lo que cada persona puede hacer es reclamar del Estado un ámbito de libertad que le permita llevar una vida moral plena, pero no exigirle que imponga a todos como deber jurídico lo que ella vive como obligación moral.

Para ejemplificar, no es legítimo que el Estado haga plenamente sancionable una conducta porque los católicos la juzguen

propia responsabilidad. El suicidio asistido se distingue de la eutanasia en que ésta última el médico, no solo le proporciona al paciente el modo de suicidarse, sino que además, en caso que el paciente se lo pida, el médico actúa como el causante real de la muerte.

De todas maneras, el suicidio asistido ha sido una práctica muy usual en Medicina, porque hay muchísimos fármacos que formulados en altas dosis desencadenan o pueden ocasionar la muerte sin que el médico le dé las indicaciones puntuales; es decir, el paciente puede tomar la decisión independientemente de tomar una dosis alta de barbitúricos y generarse su muerte sin consentimiento del médico. Según George Annas, el médico no necesita una legislación distinta de la ya existente para recetar fármacos que el paciente pueda usar en cantidad excesiva produciéndose la muerte.

En este momento podemos decir que nuestra sociedad establece barreras entre los actos intransitivos y los transitivos, que se deben juzgar con categorías distintas. Toda acción transitiva tendiente a poner fin a la vida de otra persona, ya sea bajo la forma de suicidio asistido, ya sea de homicidio piadoso (como en la sentencia colombiana), debe ser vista como inmoral, o al menos como sumamente peligrosa. La tendencia mundial es tratar de retomar el respeto de la voluntad del paciente en el rechazo de ciertos tratamientos vitales, dejando que la propia naturaleza sea la que finalice el proceso, se trata de revalorizar de nuevo el papel de la eutanasia pasiva. Hasta hace muy poco el médico "desahuciaba" al paciente una vez diagnosticaba la incurabilidad del proceso. Y esto era algo que tanto la sociedad como la familia aceptaba con agrado; hoy día las técnicas de soporte vital han cambiado el panorama, permitiendo alargar artificialmente, por tiempo ilimitado, la vida biológica de un paciente en condiciones deplorables. Esta forma de actuar es irracional pero cada vez más común en nuestro medio; una de las razones de este actuar es el miedo que tiene el personal de salud a que en caso de no proceder así se le acuse de negligencia profesional y sean condenados por los tribunales de Ética por el delito de comisión por omisión. No hay duda de que la jurisprudencia favorece más los actos de eutanasia que los de suicidio asistido.

El Dr. Gracia nos da algunas propuestas que sintéticamente serían las siguientes:

1. En sociedades pluralistas y democráticas quien debe tomar las decisiones sobre el final de la vida debe ser la propia persona, ni siquiera el médico o la familia tienen en principio derecho a tomar las decisiones sin tener en cuenta al paciente.

2. Debemos concederle al paciente la posibilidad de gestionar, al menos dentro de ciertos límites, no sólo su vida sino también su muerte. Para esto es necesario promover los mecanismos necesarios que nos permitan conocer de antemano la voluntad de las personas en situaciones críticas o terminales (llámense directrices anticipadas, testamentos vitales, poderes notariales u órdenes de no reanimación etc.).



pecaminosa, y todo lo que éstos tienen derecho a exigir es que no se les imponga como obligatoria.

Si la vida está consagrada como un derecho y no como un deber, su titular puede seguir viviendo o disponer que cese su curso vital legítimamente. Y si no está en capacidad de ponerle término él mismo, es lícito solicitar ayuda a un sujeto libre, quien podrá acceder al ruego o negarse a hacerlo. Y si elige lo primero, no puede ser penalizado porque no ha atentado contra el derecho de nadie. No existe base alguna para justificar la antijuridicidad de su conducta.

Ahora bien; si es que, como algunos alegan, el Estado Colombiano está a favor de la vida (como sin duda lo está), la valora como un bien y en consecuencia está siempre obligado a protegerla, debe responderse que un bien no puede seguir siéndolo cuando el sujeto moral (su titular) no lo valora de ese modo; sólo un Estado paternalista (y Colombia por fortuna no lo es) puede pretender sustituir a la persona en una decisión radical que sólo a ella incumbe. Quien en esas circunstancias, benévolamente, accede a poner término a los sufrimientos y a la vida de quien ya no los juzga soportables, no ha suprimido bien alguno. Ha removido sí una situación miserable, mediante un acto que tiene todo el sello de la benevolencia y el altruismo.

4. La descriminalización franca y abierta de la eutanasia activa (con todas las restricciones y precauciones que tomó en cuenta la Corte Constitucional Colombiana) tiene, por adheala la consecuencia benéfica de borrar la distinción frágil y farisaica entre omitir un comportamiento que prolongaría la vida de un enfermo terminal o cumplir una acción expresamente dirigida a ponerle término. ¿Por qué es correcto lo primero y moralmente censurable lo segundo? "Porque en el primer caso yo no soy autor de la muerte y en el segundo sí". ¿Qué frívolo escolasticismo para tranquilizar la conciencia!, pues el resultado es el mismo (la muerte) y la intención también idéntica (que ella pueda ocurrir). Todo porque se asume como absoluto el mandamiento "no

3. Estos documentos deben ser aceptados y asumidos por pacientes autónomos y por lo tanto capaces legal y moralmente. Esto plantea la obligación del médico de evaluar la capacidad del paciente e impedir que tome decisiones cuando por las razones que sean (minoría de edad, enfermedad, trastornos mentales) no está capacitado para ello.

4. Cuando un enfermo quiere morir y pide ayuda en tal sentido, es porque considera que su situación es peor que la propia muerte. Este estado suele producirse, por un lado, a los intensos dolores físicos y por otro lado, a la marginación social. En estas condiciones el Estado tiene la obligación de mejorar sus sistemas de atención para evitar estas situaciones de marginación sobre todo en las poblaciones más indefensas como son los pobres, ancianos y marginados evitando desampararlos sobre todo en las fases finales de la vida. También debe encargarse el Estado de fomentar y exigir unidades del dolor y sobre todo las unidades de cuidados paliativos en los centros hospitalarios, con el fin de que la situación de los enfermos terminales mejore, controlando síntomas (especialmente el dolor) como prestándole un apoyo emocional y psicológico.

5. Hay que iniciar programas de educación y conscientización sobre estos problemas tanto a nivel del personal de salud como de la población en general, que evitando el sensacionalismo vaya haciendo prevalecer las opiniones prudentes y maduras. (El Estado, en especial sus magistrados, no pueden tomar decisiones como el curso de la eutanasia en Colombia sin una participación masiva de la sociedad civil).

6. Es correcto que los actos intransitivos contra la propia vida realizados por personas competentes no estén penalizados, y que por lo tanto queden a la libre moralidad de las personas, que harán de decidir siempre cómo gestionar su vida privadamente de acuerdo con los principios de autonomía y beneficencia. Los actos intransitivos deben considerarse privados y quedan a la gestión del propio individuo.

7. Los actos transitivos hay que juzgarlos con otro criterio moral, que no es el privado de beneficencia sino el público de no-maleficencia. De ahí que las acciones realizadas en el cuerpo de otra persona con el fin de poner término a su vida deban ser penalizadas.

8. La sociedad debe establecer un límite infranqueable entre los actos intransitivos y los transitivos. Se deben respetar las decisiones de las personas sobre su propio cuerpo que no exigen la intervención activa por parte de los demás, pero no debe respetarse las decisiones que exigen la intervención activa de otras personas para poner término a su vida. En este sentido hay que distinguir entre omisión y acción, o entre poner y quitar. Los actos de acción o comisión se rigen por el principio ético de no-maleficencia, y los de omisión por el de beneficencia. En este último caso no se hace otra cosa que no intervenir, respetando a la persona, razón por la cual quien produce la muerte es la propia naturaleza. En cambio en el primer caso sí abre un causante (médico, enfermera etc) directo de la muerte. En este caso hay una distinción clara entre eutanasia activa y eutanasia pasiva, y por consiguiente con moralidades distintas.



matarás" (aunque generalmente quienes así razonan son propensos a aceptar la pena de muerte).

Claro que si soy más responsable del resultado de mis actos que del de mis omisiones, podría invertirse el razonamiento: ¿no es acaso preferible encaminar deliberadamente mi acción a extinguir un sufrimiento no querido por quien lo padece, a que tal beneficio se produzca como resultado de mi inactividad?

5. La actitud denunciada se alimenta de un prejuicio tan difícil de desarraigar como de ser razonablemente defendido: que la vida es el supremo bien.

Que es condición de los demás, parece evidente, pero eso no significa que sea el más alto. ¿O acaso no se nos enseña desde pequeños el ejemplo de los héroes o de los mártires (dignos de imitar) que dan su vida por bienes que han estimado más altos como la fe, la patria, la humanidad o la verdad?

De acuerdo con esto, tampoco ocasionar la muerte a otro equivale siempre a infligirle el peor de los males. "No matar" es apenas un corolario de un principio anterior: "*neminem laedere*", y parece claro que puede resultar peor torturar u obligar a sufrir, que suprimir un padecimiento. Y de esto último es de lo que se trata en la hipótesis del homicidio piadoso consentido. El propósito que anima al agente es altruista y benéfico, en armonía con uno de los más preciosos derechos del hombre, reivindicado recientemente en la Declaración Europea de los Derechos Humanos: el derecho de no ser obligado a sufrir.

6. Fueron consideraciones como las que se han expuesto de manera esquemática las que llevaron a la Corte Constitucional de Colombia, el 20 de mayo de 1997, a declarar que el homicidio piadoso consentido no puede penalizarse por ausencia de antijuridicidad en la conducta del agente.

Con posterioridad a esa decisión, civilizadamente controvertida por quienes

9. El "informe sobre la actuación de los médicos ante el paciente terminal" de 1973 dice: "la terminación intencionada de la vida de un ser humano en manos de otro -asesinato piadoso u homicidio por compasión- es contraria a los objetivos de la profesión médica y a la política de la Asociación Médica Norteamericana. Sin embargo, la suspensión del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o de su familia inmediata. El consejo y criterio del médico debe estar a disposición del paciente y/o de su familia inmediata".

10. En conclusión, parece que debe distinguirse dos tipos de decisiones y actuaciones sobre la vida, aquellas de carácter intransitivo, que se rigen por el principio de beneficencia y deben quedar a la libre gestión de los individuos privados, y las de carácter transitivo, cuya moralidad debe enjuiciarse de acuerdo con el principio de no-maleficencia y que se hallan penalizados; los profesionales de la salud deben respetar las primeras, no interviniendo en contra de la voluntad del paciente, pero no pueden colaborar en las segundas, salvo situaciones muy excepcionales, que deberían ser perfectamente especificadas en el Código Penal.

no la comparten pero que están en condiciones de argumentar, e indignamente anatematizada por las mentes fanáticas, tuvimos ocasión de leer el libro, tan lúcido y valeroso, de Hans Küng y Walter Jens; *Morir con dignidad*, un hermoso alegato en defensa de la misma causa: la licitud de la eutanasia activa, alegato constituido desde la más prístina teología cristiana, por pensadores a quienes puede imputárseles independencia frente a ortodoxias fosilizadas, pero no falta de sabiduría. En uno de los capítulos de la obra hacen suyas las condiciones señaladas por el teólogo protestante holandés Harry M. Kuilert para una legítima eutanasia. Son éstas:

1. La solicitud ha de hacerla el propio enfermo personalmente, y no los familiares o el personal que lo atiende, y al médico le ha de constar que es una solicitud adecuadamente meditada y consciente (¿expresión de un deseo no pasajero de morir?).
2. El estado vital insoportable y doloroso (¿o percibido así por el paciente?) ha de justificar esa solicitud.
3. La eutanasia está reservada sólo al médico, que podrá ayudar a una muerte dulce y no fracasada y dolorosa.

Quien lea la Sentencia de la Corte podrá juzgar si las que en ella se fijan difieren, en esencia, de las avaladas por tan eminentes pensadores y teólogos.



48/EL TIEMPO/SÁBADO 27 DE MARZO DE 1999

NACIÓN

Jack Kevorkian enfrenta veredicto en su contra por homicidio

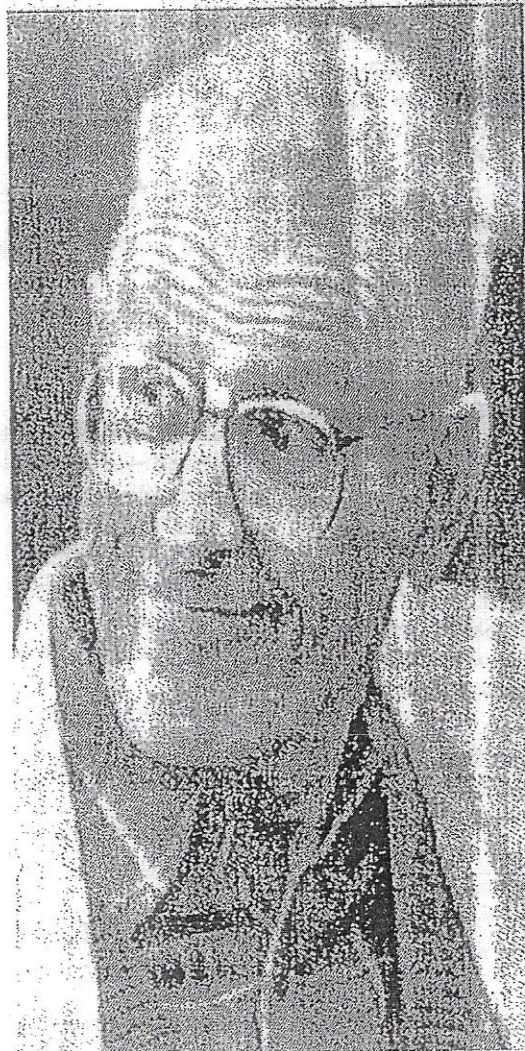
# Declaran culpable al 'Doctor Muerte'

En septiembre de 1998, Kevorkian inyectó una sustancia letal a Thomas Youk, de 52 años, quien falleció. Luego envió video de ello a la cadena CBS. Desde 1990 habría participado en 130 casos de muerte. "Yo no soy un asesino", dice.

SUICIDIO ASISTIDO

por Jack Kevorkian

**226** El Doctor Jack Kevorkian, es conocido a través de los medios con el maligno apelativo de Doctor Muerte. Ha dedicado su vida, y comprometido su libertad y profesión, en una cruzada a favor de la muerte digna. Esto es proveer apoyo clínico a personas con enfermedades terminales que deseen poner fin voluntariamente a sus sufrimientos. A esta práctica la llama eutanasia voluntaria clínicamente asistida. No han sido pocas las dificultades que ha tenido que enfrentar: procesos criminales, demandas judiciales, campañas de desprestigio por parte de la prensa. Nada de eso lo arredró, Kevorkian suministró asistencia a más de 30 enfermos terminales que deseaban poner fin a sus padecimientos y participó indirectamente en una cantidad similar de casos. En muchos casos, el mismo Kevorkian llevaba a esos pacientes al hospital luego de asegurarse que habían fallecido. Sus actividades implicaron igual cantidad de procedimientos criminales, cárcel (en cada ocasión hizo huelga de hambre), pero nunca fue hallado culpable por un jurado; aún así varias organizaciones médicas suspendieron su matrícula. Con los años perfeccionó un dispositivo para el suicidio indoloro que acciona el propio paciente. La Asociación Humanista Americana le otorgó, en 1994, el Premio al Héroe Humanista. Lo que sigue es un extracto del discurso que pronunció al recibir el galardón, en el cual expone sus ideas sobre la vida y la muerte.



## La muerte, su obsesión

Un obsesionado con la muerte desde los días en los que era estudiante de medicina, Jack Kevorkian dedicó la última parte de su carrera profesional a ayudar a los enfermos terminales e intervino en más de 130 casos de suicidio asistido.

Hasta septiembre de 1998, Kevorkian, el "Doctor Muerte", había sido eficiente y reconocido, pero subitamente, un extraño flapuloso llevó a atacar la "cresta" que en su momento le había dado la fama de "héroe" en el mundo de la televisión. Luego, envió un video de él que mostraba a uno de sus pacientes en su cama, esa fue su condena.

Para algunos de sus partidarios, Kevorkian es un "santo" y "héroe", otros lo ven como un "asesino". En cualquier caso, creen que es un "héroe". Aseguran, por ejemplo, que según sus estándares, la muerte no debe ser "desaprovechada" y que los experimentos



Esta es probablemente la primera vez que en este augusto cuerpo (la Asociación Humanista Americana) se le otorga la palabra a alguien que está acusado en dos casos de homicidio en primer grado.

La Inquisición aún está viva y fuerte. La única diferencia es que hoy es mucho más peligrosa y sutil. Los Inquisidores ya no nos queman en la pira, ahora ellos nos fríen lentamente. Se aseguran que paguemos un alto precio por lo que hacemos. De hecho con frecuencia nos mata en una forma muy sutil. Mi situación es un ejemplo perfecto de ello.

Entiéndanme por favor, esto no es autoconmiseración. No resiento de la situación en la que me encuentro. Tampoco soy un héroe, al menos no en lo que yo defino como héroe. Para mí, todo aquel que hace lo que debe hacer no es un héroe. Yo siento que hago solamente lo que, como médico, debo hacer. La matrícula de médico no tiene nada que ver con ello: yo soy médico y por lo tanto actuaré como tal en toda ocasión que pueda. Esto no significa que sea más compasivo que cualquiera, pero hay algo que sí soy y que muchos otros no lo son: honesto.

La mayor carencia hoy, y el mayor problema en la sociedad es la deshonestidad. Subyace en casi todas las crisis y en cada problema que se pueda mencionar. Es casi inevitable, es un hecho innegable a medida que uno madura. Creemos que un poco de deshonestidad aceita los engranajes de la sociedad, que, si mentimos un poco, hacemos las cosas más fáciles para todos. Pero toda esta deshonestidad tiene un efecto acumulativo. Si todos fuéramos perfectamente honestos en todo momento, si la naturaleza humana pudiera soportarlo, tendría el mundo muchos menos problemas.



Cuando nosotros (mis abogados, hermanas, técnicos médicos y yo) comenzamos este trabajo de eutanasia voluntaria clínicamente asistida, no esperábamos la explosión de publicidad que le sucedió. Los medios importantes trataron de hacer ver a mi trabajo como algo negativo - trataron de mostrarme como una persona negativa - para poder así denigrar el concepto sobre el que trabajábamos. Decían que no se debía identificarme con lo negativo y, al mismo tiempo, trabajaban para producir esa identificación. Me insultaron y denigraron con la esperanza de salpicar nuestros conceptos. Sin embargo, no lo lograron: de acuerdo con las encuestas, la gente está 50 y 50 en lo que piensan de mí, pero están 3 a 1 a favor de nuestra concepción, y eso no ha cambiado. Este es un tema muy controvertido - tema que atraviesa múltiples disciplinas. Aún en un tema tan espinoso como el aborto, hay apoyo editorial a favor y en contra. Nuestro tema - muerte digna - es mucho más simple que el aborto. ¿Por qué cada editorialista o periódico importante de este país está en nuestra contra? Nadie nos ha apoyado, aún cuando la opinión pública está de nuestro lado.

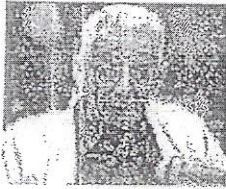
227

Yo supongo que hay una conspiración, lo que no sorprenderá a muchos. ¿Pero con quiénes? Echemos una mirada a quienes se oponen: las religiones organizadas, las organizaciones médicas y las organizaciones comerciales. Eso es mucho poder.

¿Por qué las organizaciones médicas están en contra? Por un par de razones:

Primero, porque la así llamada profesión médica - que ya no es una profesión, es en realidad desde hace mucho tiempo un emprendimiento comercial que está atravesado por conceptos religiosos. El juramento hipocrático es un manifiesto religioso, no médico. Hipócrates no lo escribió, no se sabe quién lo hizo, creemos que proviene de los pitagóricos. De modo que si usted se encuentra con un médico que dice la vida es sagrada, tenga cuidado. Los médicos no estudian santidad en la facultad. Usted estará hablando con un teólogo primero, probablemente con un hombre de negocios en el segundo lugar y con un médico en el último.





La segunda razón por la que las organizaciones médicas están en contra de la eutanasia voluntaria clínicamente asistida es el dinero. Si el sufrimiento de un paciente es prolongado durante tres semanas ¿pueden imaginarse el monto que se factura por asistencia médica? La enorme cantidad de drogas que se prescriben en los últimos meses o años de vida le suministran billones a la industria farmacéutica. Esto es lo que me consterna, lo que me hace cínico. Uno tiene más remedio que ser cínico en la vida cuando lee sobre esta situación que es tan terrible como incorregible. Hay unas cuantas formas en que se puede enfrentar esto: uno puede ser condescendiente, lo cual es muy duro; uno puede volverse loco, lo cual es un refugio (algunos lo hacen); o uno puede enfrentarlo con profundo cinismo. Yo opté por el cinismo.

En respuesta a las cuestiones religiosas, formulo esta pregunta: ¿por qué no dejar que todas las prevenciones religiosas se apliquen únicamente a los hospitales religiosos y dejar en paz a los hospitales seculares? Los doctores que trabajan para hospitales religiosos pueden negarse a practicar abortos, al suicidio asistido o a la eutanasia, pueden hacer lo que les plazca. Pero no tienen el derecho a imponer lo que ellos llaman ética médica universal a las instituciones seculares.

Después de todo: ¿qué es la Ética?, ¿puede ser definida? Mi definición es simple: la Ética consiste en hacer lo que es correcto en un momento determinado. Y eso cambia. Si hace 75 años yo le hubiera dicho que para Navidad le mandaría un camión con 10 toneladas de carbón, usted hubiera estado encantado. Hoy sería un insulto. Hacer lo correcto cambia con el tiempo.

Eso también es cierto para la sociedad humana. Hay una sociedad primitiva, cuyos miembros se sorprenden al oír que embalsamamos a nuestros muertos, los colocamos en cajas y los enterramos. ¿Saben lo que ellos hacen? Se los comen. Para ellos es ético, moral y honorable devorar los cuerpos de sus seres queridos. A nosotros eso nos sorprende ¿verdad? Es todo una cuestión de aculturación, de tiempo, del lugar donde uno esté, de quién uno es. Si yo fuera un verdadero humanista, al visitar a esta sociedad diría: esto es interesante. Y si aquellos, así llamados, salvajes dijeran de nosotros: Oh, es muy interesante lo que Ustedes hacen, entonces ellos serían humanistas. Yo suelo definir la madurez como la incapacidad para asombrarse. De modo que de algún modo somos inmaduros. Pero si uno es verdaderamente maduro, y un verdadero humanista, uno nunca podrá asombrarse. Si ellos se comen a sus muertos, que así sea, esa es su cultura. Sabemos lo que hicieron los misioneros con las culturas aborígenes, ¿no es cierto? Esas son acciones inmorales. Más información en: [www.rights.com](http://www.rights.com)

228

## TEMA 32

Contenido:

1. Cuidados paliativos
2. Directrices previas/testamentos vitales

## ✓ Algunas alternativas

### 1. CUIDADOS PALIATIVOS

**A** la Ética médica no es sólo una cuestión de buenas personas o de personas con gran sensibilidad, sino de profesionales que en el correcto ejercicio de su actividad manejan de forma adecuada tanto los hechos técnicos como los valores de todos los implicados en la relación sanitaria. Hoy día aun vemos en nuestro entorno profesionales de la salud que conocen muy bien los hechos y eliminan los valores al tomar decisiones sobre sus pacientes.



Eutanasia:

multidisciplinaria y crítica  
Por: Alfonso Flórez - Claudia

Escobar

En: *Problemas de Ética aplicada* Ed. El Bosque Bogotá, 1998

Reproducimos la última parte del excelente artículo del Dr. Flórez y la

Dra Escobar  
E. Aspectos éticos

Siendo tan amplio el contenido del término ética, antes de abordar el examen ético de un problema se impone hacer una primera determinación de la noción subyacente de ética. En este caso no hemos optado por una Ética deontológica, que determine lo ético a partir de uno o más principios que el agente ético está obligado a seguir; nos hemos inclinado por una Ética del bien, de la vida buena, de la prudencia, es decir, nos movemos dentro de los lineamientos marcados por una comprensión aristotélica de la Ética. Cabe anotar, antes de proceder a darle un contenido mínimo a esta idea de la Ética, que éste es uno de los flancos más débiles de la gran mayoría de abordajes del problema de la eutanasia: no determinar en absoluto el marco de su reflexión ética, por lo que sus juicios penden del aire y sólo reflejan un conjunto de vagas ideas sobre el bien y el mal, sobre lo aceptable y lo inaceptable, que difícilmente pueden suscitar una discusión racional, al ser la simple expresión de unas opiniones, que pueden gustar o no, pero que no se sabe cómo confrontar.

Una Ética del bien se funda en nuestra inclinación natural a buscar lo que para nosotros mismos es bueno, es decir, asume que deseamos vivir bien, llevar una vida buena, lograr la realización de nuestras potencialidades, ser felices mientras vivamos. Que este género de vida es lo que todos deseamos es el primer principio de la moral; como tal, no se puede probar dentro del ámbito de la Ética, pero su plausibilidad deriva de las consecuencias absurdas que se siguen de no aceptarlo. En este caso, se perdería toda razón para obrar bien, para ser ético; en una palabra, sería la catástrofe moral. Felicidad —

Peró esto poco a poco va cambiando, empezamos a darnos cuenta que la toma de decisiones clínicas no será adecuado si se olvida en el proceso los valores del paciente. Los cuidados paliativos constituyen un indicador de esta nueva mentalidad. Técnicas como el tratamiento del dolor, exclusivamente científicas si se toman de manera puntual y aislada, se han convertido en fuente de una nueva actitud, al ser introducidas en un programa integral de atención del enfermo y sus familias.

Cuando hablamos de cuidados paliativos tenemos que enfrentarnos por lo menos a los siguientes problemas:

### DIAGNÓSTICO DEL ENFERMO TERMINAL

Diagnóstico significa conocer una enfermedad; es decir, cuando afirmarnos que el médico diagnostica una patología, lo que estamos diciendo es que sabe distinguir o discernir con precisión esa patología de las otras restantes.

Tratemos, pues, de diagnosticar lo que nos compete en este caso; es decir, la enfermedad terminal.

Características de la enfermedad terminal:

- Presencia de una enfermedad avanzada.
- Progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Pronóstico de vida < 6 meses.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y grupo terapéutico, muy ligada a la presencia, explícita o no, de la muerte.

Las cinco primeras características se refieren a los hechos biológicos; mientras que la sexta introduce, de manera explícita, valores humanos.

Si etiquetamos de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable, cometeremos una grave falla técnica de la que se derivan graves consecuencias éticas, y cuando a un paciente no se le diagnostica su terminalidad será sometido a terapias no indicadas en su situación biológica, y seguramente, no se le dará opción a rechazar determinados tratamientos que son prácticamente obligatorios en situaciones reversibles.

Una regla de oro en Bioética: las obligaciones éticas dependen de la situación biológica de los paciente. Es decir, la corrección ética exige, como primer paso, la corrección técnica. El principio de no-maleficencia se concreta en realizar un buen diagnóstico, recordemos el principio de no-maleficencia es del nivel I o nivel de obligatoriedad, por lo tanto violar este principio sería caer en una grave falta ética.



*eudaimonia*—es el término que comprende el conjunto de una vida vivida bien, teniendo cuidado de no reducir la felicidad al mero placer, o al simple cumplimiento de los deseos, o a la idea que yo tengo de ella. La felicidad hace referencia, más bien, a aquello que verdaderamente es bueno para una persona y, en la medida en que la Ética es de elecciones, también hace referencia a aquello que una persona racional buscaría en forma deliberada. Aclaremos que en el mundo griego donde surgieron estas nociones, la vida personal tenía un fuerte componente social, por lo que estas descripciones de la vida feliz no deben conducirnos a pensar en actitudes individualistas o egoístas; una vida humana está inextricablemente ligada a las demás, por lo que la felicidad personal es siempre la felicidad de un ser social. De allí que la Ética encuentre su continuación natural en la política o, con mayor precisión, se subsuma en ésta. La felicidad es un término colectivo que designa el equilibrio y coordinación de todos los bienes de una persona; no es un bien adicional a los demás bienes. Son dos las fuentes de las cosas buenas en nuestra vida: la suerte y la elección, y se excluyen mutuamente, es decir, por la suerte recibimos cosas buenas que no hemos hecho ningún esfuerzo para obtener, ello comprende la salud, la época, la fortuna. Las cosas buenas que la suerte nos depara contribuyen a nuestra felicidad personal, pero no son decisivas para ella. La elección, como fuente de cosas buenas, es lo determinante para llevar una vida feliz, supuestas unas condiciones mínimas que la hagan posible. Los sentimientos, hábitos y acciones que elegimos y que constituyen nuestra felicidad los llamamos virtudes; a los que atentamos contra ella los llamamos vicios. Nuestra meta en la vida, ser felices, se logra viviendo de acuerdo con las virtudes. Ello puede a veces ser particularmente difícil, pues la elección de un bien moral puede entrar en conflicto con otro —por ejemplo, la justicia y la amistad—.

Nuestra felicidad siempre estará limitada por la suerte y por la propia condición humana, por lo que no se puede afirmar que el vivir éticamente garantice la

## TRATAMIENTO DEL DOLOR

En los cuidados paliativos se utilizan unos instrumentos básicos para el reconocimiento, evaluación y tratamiento de los síntomas que inciden en el bienestar de los pacientes: el dolor es uno de los más importantes. El dolor tiene sus dos acepciones: el sufrimiento físico por sus lesiones corporales, y el sufrimiento psicológico o "espiritual" por encontrarse en esas condiciones, que dependen del contexto cultural y de la historia biográfica de cada sujeto.

Una nueva ética del dolor debe basarse en 3 puntos fundamentales: 1) educar a la sociedad respecto al manejo del dolor; 2) tratar de conocer qué es lo que cada paciente concreto piensa sobre este síntoma; y 3) utilizar el principio del respeto, ya que sólo cada persona puede decidir sobre su propio dolor.

Pero, además, se necesita la difusión e información entre los profesionales de la salud de aquellos conocimientos mínimos para no dejar sin alivio el dolor subsidiario del tratamiento.

La falta de tratamiento del dolor conlleva a una vulnerabilidad de los principios de la Bioética.

## RETIRADA DE TRATAMIENTOS VITALES

Uno de los méritos de la Bioética es haber ido introduciendo cambios en la relación médico-enfermo: me refiero específicamente del cambio de la relación paternalista a una relación más democrática, más participativa.

Entendemos por relación paternalista aquella en la cual el médico, y sólo él, decidía qué tratamientos se debían utilizar y cuáles los que técnicamente convenían al paciente, pero éste era totalmente pasivo en las decisiones.

Entendemos por relación democrática aquella en la cual la toma de decisiones sobre cualquier procedimiento la toman en conjunto (médico, enfermo), respetando la autonomía del paciente: el paciente aceptará o rechazará los procedimientos terapéuticos en función de sus criterios y elegirá entre las alternativas propuestas por los profesionales de la salud, la que considere más adecuada de acuerdo con sus propios valores e intereses.

Si asumimos las anteriores premisas podemos identificar y analizar los elementos que intervienen en la retirada de soportes en pacientes terminales:

### *Situación biológica.*

¿Qué hacemos con un paciente terminal que nos llega de urgencias con un paro respiratorio? ¿Qué hacemos con un paciente politraumatizado que sufre un paro cardiorrespiratorio a las dos horas de ingresar en la



felicidad. Nada la garantiza, pero el vivir éticamente ofrece las mayores posibilidades de realización personal, por ende, de ser felices. Hay situaciones, sin embargo, en que ninguna opción que la persona pueda elegir contribuirá a que lleve una vida buena, a que sea feliz. En tales circunstancias, trágicas por definición, no queda otra opción que evitar el mal mayor; no hacerlo es immoral, al permitir más mal para una vida humana del que es necesario.

Decimos de la persona que ha desarrollado los hábitos, los sentimientos y el comportamiento para llevar una vida buena que es virtuosa, es decir, que tales actitudes se adecuan de una forma muy apropiada a la finalidad de la vida humana considerada en su totalidad, que es la felicidad. Se distinguen dos clases de virtudes, las morales y las intelectuales. Las primeras hacen referencia a nuestro carácter y a las acciones que elegimos hacer o no hacer; las segundas tienen que ver con el modo como pensamos y razonamos. No hay un listado definitivo de virtudes morales porque ellas no funcionan como principios universales que se aplican a situaciones particulares; son, por el contrario, los modos de ser y de obrar constitutivos del vivir una vida buena. Aunque las virtudes no son innatas, tenemos una cierta aptitud natural para ellas, y es el cultivo de esta disposición lo que va constituyendo el carácter, que es propiamente moral cuando va más allá de la formación recibida y comienza a deliberar sobre lo que debe hacerse para vivir bien. Las acciones elegidas de justicia, valor, etc., van constituyendo el carácter moral, de modo tal que se llega a ser realmente justo, valiente, etc. Una moral de la felicidad es una moral de la virtud en la medida en que los sentimientos, los hábitos y el comportamiento virtuosos constituyen lo que es una vida feliz. De las virtudes intelectuales, aquella que tiene relevancia directa para la Ética es la prudencia. La prudencia hace relación al razonamiento práctico, es decir, a aquel conocimiento que se necesita cuando vamos a obrar, se trate de alguna acción particular o de la vida, en general; este conocimiento práctico se requiere en

UCIP. ¿Ambos le hacemos la reanimación correspondiente? ¿Qué hace diferente el 1er caso del 2do?

Aparentemente es claro en la primera situación, por su condición de terminalidad, no debemos hacer la reanimación cardiorrespiratoria, mientras que en la segunda sí; sin embargo, habrá pacientes que quieran ser reanimados incluso en estas situaciones, y mientras ello no constituya una clara contradicción (en cuyo caso violaríamos el principio de no-maleficencia y entraríamos al ámbito del encarnizamiento terapéutica), debemos respetar sus deseos.

Esto depende, claro está, del grado de competencia del paciente (conf. teoría del consentimiento informado y/o teoría del menor maduro).

Para no caer en la maleficencia tendremos que sopesar los beneficios que se esperan obtener del tratamiento, por un lado, y los riesgos/incomodidades a que será sometido el paciente. El médico deberá realizar una valoración objetiva y concluir, a su juicio, si es proporcionado o desproporcionado instaurar o mantener un determinado tratamiento (Hay que tener en cuenta a la hora de tomar estas decisiones lo siguiente: es más difícil (requiere mayor justificación) quitar un soporte vital (respirador) en determinado caso, que una vez llegue el paciente a urgencias no hacerle ninguna reanimación, en este caso no ponerte el ventilador).

### *Autonomía de los pacientes.*

El profesional de la salud tiene la obligación de valorar la capacidad de los pacientes y de analizar si sus decisiones pueden ser respetadas. Un paciente terminal puede tomar decisiones que al profesional de la salud le parezca irracional, pero son adecuadas porque se basan en razones personales. Lo irracional no es tomar tales decisiones, sino hacerlo sin una razón adecuada.

Recordemos que una decisión autónoma debe cumplir 3 requisitos: voluntariedad, competencia y autenticidad.

La primera condición asegura que hay intencionalidad por parte del paciente, así como ausencia de coacciones externas por parte de la familia y/o personal de salud.

Respecto a la competencia decimos que alguien es competente cuando podemos determinar que tiene capacidad para tomar una decisión concreta, en un momento determinado, bajo condiciones específicas.

Además, un acto será auténtico si es coherente con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido de manera consciente.



aquellas situaciones en las que el resultado aún no existe, pero puede existir mediante el ejercicio de nuestra voluntad. Es muy importante no perder de vista que este conocimiento práctico no procede por deducción, pues de antemano no se puede determinar qué va a promover del mejor modo la vida buena de todas las personas, sino tan sólo, en los casos más seguros, de la mayor parte de ellas. La Ética no se confunde con la ciencia, lo que no quiere decir que se reduzca a alguna forma de arbitrariedad o de gusto personal, pues los juicios de la prudencia deben apoyarse siempre en razones acerca de por qué el curso de acción elegido contribuye al bien de una vida. El ejercicio de la prudencia no es fácil, pero —como en el caso de las demás virtudes— se va facilitando en la medida en que se va ejerciendo. Aspecto fundamental de este ejercicio es el reconocimiento de que, en general, el buen comportamiento queda socavado por el exceso y por el defecto; el razonamiento prudente debe, por consiguiente, determinar cómo situarse entre estos extremos, tomando en consideración lo que está en juego, las circunstancias, y las habilidades del agente.

Ahora estamos en capacidad de hacer una primera descripción de los aspectos éticos relevantes en el caso de la eutanasia. Por la forma como hemos planteado el problema, entendemos que la persona que padece a causa de una enfermedad terminal se encuentra en lo que arriba llamamos una situación de tragedia, es decir, para ella las posibilidades de elegir, de modo que la elección pueda contribuir a su felicidad, se hallan clausuradas; sus posibilidades de elección se limitan a evitar el mal mayor o, mejor, a procurar el mal menor. No por ello su elección ha de ser superficial o precipitada; como en los otros casos, deberá ponderar que los argumentos que se aducen a favor de las distintas alternativas lleven la mayor probabilidad de producir el resultado buscado: disminuir el mal. Los males que esta persona enfrenta son tres en principio: primero, seguir soportando los sufrimientos que le produce su serio estado de salud, con las limitaciones inherentes a él; segundo, buscar alivio al

### *Niveles y tipos de tratamiento:*

1. Tratamientos técnicamente complejos (ventilación mecánica, diálisis, y en general aquellos que específicamente se realizan en la UCI).
2. Tratamientos médicos habituales, como el uso de antibióticos o de oxígeno.
3. Nutrición e hidratación.
4. Cuidados de enfermería: cambios de postura, cuidados de la piel, cuidados de la boca, etc.

Existe unanimidad en afirmar que el nivel 4 es siempre de obligado cumplimiento. Los niveles 1 y 2 se limitarán en función de 2 criterios: la situación biológica y los deseos de los pacientes. El nivel 3 enfrenta dos posturas: los que afirman que nunca debe ser retirado, y su retirada puede ser justificada con los mismos criterios señalados para los niveles 1 y 2.

### *Deseos de los pacientes.*

Cuando un profesional informa al paciente terminal sobre la proporcionalidad de la medida terapéutica, se inicia la segunda fase del proceso. Éste valora y decide sobre la asunción de riesgos y su propia calidad de vida. Desde su valoración de autonomía, decide sobre lo ordinario/extraordinario de las medidas que se le proporcionen; ésta es por definición una valoración subjetiva.

El paciente competente es la única persona con legitimidad moral para convertir la evaluación técnica u objetiva (proporción/desproporción) en subjetiva (ordinaria/extraordinaria). Ni la familia, ni los profesionales de la salud pueden hacerlo por él, y sólo serían beneficentes con el enfermo en la medida en que respeten las decisiones que resulten de este proceso.

sufrimiento mediante terapias analgésicas que le inducen un estado de inconsciencia o que tienen otros efectos secundarios severos; tercero, apresurar la muerte. No siempre estas situaciones se dan puras, por así decirlo, más bien tiende a ser común una mezcla de las tres, sin que el enfermo esté consciente de ellas. Para claridad de la discusión asumamos su distinción. La primera opción quizá pueda ser asumida en las primeras fases de la enfermedad terminal, pero si el agravamiento persiste, muy pocos estarán dispuestos a acogerse a ella hasta el final. A la segunda opción el enfermo va entrando de un modo insensible, sobre todo cuando le falta información sobre la verdadera naturaleza de su enfermedad, lo que puede hacer que acceda a tratamientos que él piensa que son curativos —remisión de la enfermedad—, pero que sólo tienen un carácter paliativo —remisión de los síntomas. Como la Ética vela sobre las elecciones, admitamos que la persona tiene información completa sobre su enfermedad y sobre los efectos de la terapia paliativa. Puede suceder que acepte el



alivio del sufrimiento que se le ofrece, con sus efectos secundarios, o puede suceder también que esta opción le parezca inaceptable, para él como él quiere terminar su vida, por las consecuencias anejas a dicho tratamiento. La tercera opción es apresurar la muerte, lo que sin duda es un mal, pero a los ojos del paciente puede ser un mal menor que simplemente soportar el sufrimiento, o que quedar enteramente reducido por los analgésicos en los últimos días de su vida. Desde el punto de vista del razonamiento prudente nos parece imposible que estas tres posibilidades no sean opciones realistas para un paciente al que no le queda otra perspectiva; así mismo, si las tres opciones son reales, nos parece imposible que alguna de ellas se pueda vetar de antemano y en forma absoluta. Estos juicios no pueden proceder de una Ética de la prudencia, sino tan sólo de una Ética de la obligación, que no es el modelo que aquí hemos adoptado (por supuesto que no pueden proceder de cualquier Ética de la obligación). Creemos con ello haber mostrado que la eutanasia no es condenable moralmente, sin más ni más, sino que ocupa un lugar determinado dentro de un sistema ético particular, y esto lo decimos no sólo con referencia a la tercera opción señalada, sino también a algunas situaciones que se pueden presentar en la segunda.

Antes de proseguir con el examen de aspectos éticos específicos de la eutanasia, consideremos una objeción que suele aducirse respecto del consentimiento del paciente y que ya tocamos en los aspectos médicos: el consentimiento de la persona sana no es relevante, porque desconoce qué vaya a sentir y a decidir cuando esté en situación de gravedad extrema; pero el consentimiento de quien se encuentra en esta situación no es admisible, porque la enfermedad misma obnubila el juicio y la capacidad de decisión. En el contexto de la Ética, es decir, de las elecciones en asuntos prácticos que tienen como tema nuestra propia vida, lo que parece ser la fortaleza en dicha objeción es justamente su debilidad, pues el decurso mismo de la vida no permite que se planteen posiciones impecablemente lógicas a su interior. No negamos que el consentimiento de la persona sana difiera del del enfermo terminal, pero ello no quiere decir que estemos ante posiciones antagónicas e irreconciliables, pues entre una y otra discurre el hilo vital de la existencia personal, es decir, el consentimiento de la persona va siendo ilustrado por las diversas etapas de su vida y por las alternativas de salud y enfermedad que se le presentan.

También se acostumbra objetar que la opción de un paciente por la eutanasia no puede obligar al médico para que se la practique, lo cual es cierto, pero —por decirlo de algún modo— es sólo la mitad de la verdad. Si la eutanasia, en efecto, tiene algún

respaldo legal, será improcedente obligar a algún médico a que la efectúe, pero así mismo será improcedente impedirle a todos los médicos su ejercicio. No sobra anotar que, en asunto tan delicado, la opción del médico también se inscribe dentro del contexto de una Ética de la prudencia: sólo él puede evaluar si la colaboración que le preste a un enfermo terminal para abreviar sus días, o la negación a prestar dicha colaboración, contribuirá a que su vida sea menos dolorosa o no —sería impertinente hablar en estos casos de un aumento en la felicidad del médico, la situación de tragedia lo cubre también a él.



Hank Morgan/Science Source/Photo Researchers, Inc.



234



## Bibliografía

Nos hemos servido ampliamente del excelente libro de Raymond J. Devettere, *Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases and Concepts*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 1995. Mencionamos, en particular, sus análisis sobre la naturaleza de la Ética, sobre la práctica de la Medicina y la toma de decisiones, sobre el aborto y la eutanasia, aunque no compartimos del todo sus conclusiones en estos dos últimos temas.

Una presentación general del tema de la eutanasia se encuentra en la sección *Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life* de la *Encyclopedia of Bioethics*, Warren Thomas Reich, (Ed.), Ed. Simon & Schuster MacMillan, Nueva York, 1995, Vol. 1, pp. 554-588; contiene los siguientes contribuciones: Harold Y. Vanderpool, "Historical Aspects", pp. 554-563; Dan W. Brock, "Ethical Issues", pp. 563-572; Joanne Lynn, Joan M. Teno, "Advance Directives", pp. 572-577; Alexander Morgan Capron, "Professional and Public Policies", pp. 577-588. La posición oficial de la iglesia católica se halla en: *Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia*, Ciudad del Vaticano, 1980. Otros artículos de religiosos son: Jorge Humberto Peláez, "Por la humanización de la muerte -Contribuciones al debate sobre la eutanasia-", *Universitas Canonica*, Vol. 13, No. 23, Bogotá, 1992, pp. 47-67; Carlos Novoa, "La vida por encima", *Lecturas Dominicales del diario El Tiempo*, Bogotá, 8 de junio de 1997, p. 2.

Sobre la estructura del delito, puede consultarse: Alfonso Reyes Echandía, *Derecho penal*, Ed. Temis, Bogotá, 1987; Fernando Velásquez, *Derecho penal*, Parte General, Ed. Temis, Santa Fe de Bogotá, 1995, pp. 272-296. Sobre el delito de homicidio simple, agravado y por piedad, puede consultarse: Carlos Mario Molina Arubla, *Delitos contra la vida y la integridad personal*, Ed. Biblioteca Jurídica Diké, Medellín, 1995; Alfonso Gómez

momento, la persona elige una de tres posibilidades: primera, que se descontinúe un tratamiento que se viene administrando, que es indispensable para su vida, o que no se administre simplemente un tratamiento semejante; segunda, que se le induzca un estado de sedación, que ayudará a precipitar su muerte; tercera, que se le administre una inyección letal. Estos casos describen lo que hemos llamado eutanasia pasiva por acción o por omisión, eutanasia activa indirecta, y eutanasia activa directa. ¿Cuál es la estructura causal de estos casos? En los dos primeros, es claro que la enfermedad contribuye causalmente a la muerte; en el tercero es menos claro, pero la enfermedad tiene que estar prestando algún apoyo causal, de otro modo el paciente nunca se habría encontrado en la situación que lo llevó a dicha elección. La enfermedad es, pues, causa de la muerte del paciente. Pero no es la única causa. Eso es claro para el tercer caso, en que la acción —una inyección— comporta una causalidad sobre el efecto final. Aunque mediatamente, sucede lo mismo en el segundo caso, en que la aplicación del analgésico ayuda a acelerar el proceso de la muerte. En el primer caso, no puede decirse que la no administración o que la suspensión de un tratamiento que contribuye a la prolongación de la vida no tenga un impacto causal en la muerte del paciente. Debe quedar claro, entonces, que la estructura causal de la eutanasia comprende tanto la enfermedad como la totalidad de acciones u omisiones cuyo efecto conjunto resultará en la muerte del enfermo. Y esto es válido para la eutanasia activa y también para la pasiva, en las distintas modalidades que revisten. Es a partir del reconocimiento de una estructura causal concurrente en las diferentes clases de eutanasia que consideramos poco pertinentes o irrelevantes las distinciones de muerte digna, eutanasia pasiva, etc., cuando a partir de estas distinciones se quiere escamotear la relación causal anotada y, por ende, toda responsabilidad en la muerte del enfermo. Si bien la responsabilidad ética no está desligada de la relación causal, no se identifica simplemente con ésta; mi responsabilidad viene determinada por las razones que haya tenido para actuar como agente causal, tomando en cuenta la situación, mis valores, mi conocimiento y mi pericia. Así, a agenciamientos causales similares les pueden corresponder grados de responsabilidad muy diversos. Nótese que en el análisis de la estructura del acto no hemos recurrido a la intención, no tanto por ser difícilmente evaluable, sino porque, con independencia de ella, estamos asumiendo que el resultado final es el mismo y, por eso, es indistinto con qué intención se haya llegado a él.

Queda claro, pues, que tomamos una distancia crítica de aquellas presentaciones que quieren reducir el alcance del término eutanasia a lo que hemos llamado eutanasia activa directa, otorgándole nombres diferentes a lo que nosotros llamamos eutanasia pasiva o eutanasia activa indirecta, como pueden ser muerte digna, dejar morir, etc. Nuestra insistencia no es en el problema de los nombres, sino en que, amparándose en ellos, se establezca una distinción moral que desconoce la comunidad estructural de estas acciones. En ese movimiento se puede distinguir el interés o, más bien, el deseo de eximir de responsabilidad moral a quienes participan de acciones como la eutanasia pasiva o la eutanasia activa indirecta. Lo moral, para desconsuelo de quienes efectúan este movimiento, no se deja abarcar en distinciones tan sencillas. Con independencia de qué nombre se les dé, hay una concausalidad entre la enfermedad y el conjunto de acciones y omisiones del tratamiento que desemboca en la muerte del enfermo; la responsabilidad moral no se salva quebrando esta estructura causal, sino mostrando que la elección en cuestión es razonable, pues propende por un mal menor, dadas las circunstancias, y el conjunto de valores, conocimientos y habilidades de los agentes involucrados. Por eso, contra lo pretendido por quienes consideran que las distinciones semánticas son moralmente relevantes, habrá casos en que la eutanasia pasiva por omisión será criticable desde una perspectiva ética, y habrá casos en que la eutanasia activa directa quedará justificada; lo contrario también se puede dar, pero lo que no puede ser es que se determine que unas acciones son siempre correctas y otras incorrectas, en abstracto, sin tomar en consideración las condiciones concretas del agente, sus circunstancias, sus valores y conocimientos,



Méndez, *Delitos contra la vida y la integridad personal*, Ed. Universidad Externado, Bogotá 1982. El estudio de un penalista eximio sobre nuestro tema es: Luis Jiménez de Asúa, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia*, Ed. Losada, Buenos Aires, 1942.

De la Corte Constitucional se pueden consultar las siguientes sentencias: sobre la antijuridicidad de la eutanasia, la sentencia C-239/97; sobre la relatividad de los derechos fundamentales, las sentencias C-578/95, C-405/93, C-454/93, C-189/94, C-355/94, C-296/95, C-522/95, C-045/96 y C-093/95; sobre la relación entre el derecho a la vida y la dignidad y autonomía personal, las sentencias T-401/92, T-090/96 y C-221/94. Las palabras del magistrado de la Corte Constitucional Carlos Gaviria Díaz se toman de la entrevista emitida el día 22 de junio de 1997 a las nueve de la mañana en *Radionet*. Transcribimos, finalmente, el artículo 326 del CP: "El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

Una interpretación crítica del juramento hipocrático se halla en la obra programática de Jack Kevorkian, *La buena muerte. Los médicos y la eutanasia*, trad. M. Carol, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1993 (edición original: *Prescription: Medicine*, Prometheus Books, Nueva York, 1991). Una interpretación benigna se encontrará en el ensayo de Fernando Guzmán, Juan Mendoza, Néstor González, "*¿Qué es Ética médica?*", en Fernando Guzmán et al., *De la responsabilidad civil médica*, Ediciones Rosaristas y Biblioteca Jurídica Diké, Medellín, 1995. Sobre el juramento hipocrático es indispensable consultar: Ludwig Edelstein, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1943. Sobre la tradición hipocrática es útil: Pedro Laín Entralgo, *La Medicina hipocrática*, Ed. Alianza, Madrid, 1982. La referencia de Hipócrates se halla en *Tratados hipocráticos*, vol. V: *Epidemias*, trad. A. Esteban, et al., Ed. Gredos,

aspectos todos presentes intrínsecamente en la decisión y la responsabilidad morales.

### Conclusión

Tras esta larga presentación, sólo queremos puntualizar los ejes de nuestra reflexión. La eutanasia, como la hemos entendido aquí, es de reciente aparición en la historia de la humanidad y viene condicionada por los avances tecnológicos y su aplicación a dimensiones específicamente humanas. Esta novedad tiene consecuencias profundas para varias disciplinas. En el campo jurídico, impone el reto de interpretar los códigos de forma que quien la practica tenga un margen de acción dentro de la legalidad, y que quien la solicita esté respaldado constitucional y legalmente por ello. Desde la perspectiva política, el ejercicio de la eutanasia es inquietante por varias consecuencias indeseables que puede tener, y aunque ninguna de ellas es necesaria, sí son lo suficientemente serias como para exigir una reflexión detenida de sus efectos. A la Medicina, la práctica de la eutanasia la pone ante la tarea de ajustar la comprensión que tiene de sí misma, en particular, en lo que respecta a sus fines, y a su relación con otros sectores de la sociedad y con dimensiones específicas del ser humano que hasta hoy ha considerado como propias. El análisis ético muestra que es posible la justificación moral de esta práctica, y que yerran quienes niegan su admisibilidad con base en argumentos puramente semánticos.

Madrid, 1989, Libro I, Segunda Constitución, 11, p. 63. Sobre el suicidio en la Antigüedad, cf. Miriam Griffin, *Roman suicide, in Medicine and Moral Reasoning*, K.W.M. Fulford, G. Gillett, J.M. Siskice (Eds.), Cambridge University Press, Cambridge, 1994, pp. 106-130. El juramento médico es parte integral de la ley 29 de 1981. Cf. *Código de Ética médica*, Título I, Capítulo II.

Para Support consultamos "Dying Well in the Hospital. The Lessons of Support", Special Supplement to the *Hastings Center Report*, 25, no. 6, November-December 1995; de allí, en particular las contribuciones de Bernard Lo "End-of-Life Care after Termination of Support", S6-S8, de Patricia A. Marshall, "The Support Study: Who's Talking?", S9-S11, de George J. Annas, "How We Lie", S12-S14, y la recapitulación crítica del estudio de Daniel Callahan, "Once Again, Reality: Now Where Do We Go?", S33-S36. También es pertinente el artículo de John Hoffman, "Seeking a Better Way to Die", *Scientific American*, May, 1997, pp. 74-79. La revista inglesa *The Economist* se vinculó al debate con su artículo "La eutanasia: ¿El último derecho?", cuya traducción apareció en *Semana*, Bogotá, 23 de junio de 1997, pp. 86-90.

Los diversos aspectos de los cuidados paliativos se pueden estudiar en el *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald (Eds.), Oxford University Press, Oxford, 1995. Allí hemos consultado el Statement on Withholding or Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment, del Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, p. 660.

La bibliografía que aborda la eutanasia desde el punto de vista ético es particularmente abundante. Nos hemos servido principalmente de los siguientes textos: Helga Kuhse, "La eutanasia", *Compendio de ética*, Peter Singer (Ed.), trad. J. Vigil, Ed. Alianza, Madrid, 1995, pp. 405-416; Alan G. Johnson, *Pathways in Medical Ethics*, Ed. Edward Arnold, Londres, 1990; Raanan Gillon, "Acts and omission: killing and letting die", *British Medical Journal*, Vol. 292, 11 de enero de 1986, pp. 126-127; Raanan Gillon, "The principle of double effect and medical ethics", *British Medical Journal*, Vol. 292, 18 de enero de 1986, pp. 193-194; Jon Nuttall, *Moral Questions. An Introduction to Ethics*, Ed. Polity Press, Cambridge, 1993; John Wilkinson, "Ethical issues in palliative care", *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald (Eds.), Oxford University Press, Oxford, 1995, pp. 495-504.



## TEMA 33

## La eutanasia y la ley

## Contenido:

1. El caso de Holanda
2. El caso de Colombia
3. Pendiente resbaladiza
4. Consideraciones ético-legales

## 1. EL CASO DE HOLANDA



## OLANDA:

15.000.000 habitantes  
 129.000 muertes en 1990  
 6.300 médicos de familia  
 40% muertes ocurren en casa  
 16% residencias asistidas (Nursing Homes)  
 99.4% de los ciudadanos tienen seguro de salud  
 100% cobertura en casos de enfermedad prolongada

1891 está prohibida la eutanasia y el suicidio asistido con penas de 12 a 3 años respectivamente.

1966 39,9% partidarios de la eutanasia

1985 67% partidarios de la eutanasia.

## 2. EL CASO DE COLOMBIA

Sentencia De La Corte  
 Constitucional Sobre La  
 "Despenalización Del Homicidio  
 Por Piedad"

Magistrado Ponente:  
 Dr. CARLOS GAVIRIA DÍAZ.  
 Santafé de Bogotá, D.C., veinte (20)  
 de mayo de mil novecientos noventa y  
 siete (1997).

## 1. ANTECEDENTES.

Ejerciendo la acción pública de inconstitucionalidad, el ciudadano José Eurípides Parra Parra presenta demanda contra el artículo 326 del Código Penal, por considerar que dicha disposición viola los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 83, 94, 95; numerales 1, 2 y 4, 96, 97, 98, 99, 100, 277; numerales 1, 2, 3 y 7, 282 numerales 1 y 2, 365 y 366 de la Constitución.

Cumplidos los trámites señalados en la Constitución y la ley y oído el concepto del Ministerio Público, procede la Corte a decidir.

La polémica sobre la posible despenalización de la eutanasia activa (Holanda entiende por eutanasia únicamente la que hemos llamado eutanasia activa), comenzó en 1973 cuando el juzgado de Leeuwarden estableció que un acto de eutanasia sería aceptable así: a) el paciente padeciera una enfermedad incurable, b) el paciente experimenta un sufrimiento insoportable, c) el paciente solicitara la terminación de su vida, y d) el acto se realizará por el médico que trata al paciente o que es consultado por éste.

En los años setenta Holanda fue regida por la sentencia Leeuwarden, cuando se conocía un caso de eutanasia se abría un proceso criminal contra el personal de salud, pero si se demostraba que había seguido los criterios de Leeuwarden, no era condenado.

En 1982 tomó cartas en el asunto y adoptó 2 decisiones: estableció que la decisión de iniciar o no acciones legales con el médico que realizara la eutanasia las tenía que tomar directamente los "fiscales del distrito", esto fue muy criticado ya que estos procesos no se hacen públicos y sobre todo porque otorgan al fiscal prerrogativas casi equivalentes a la del juez; también estableció una comisión estatal sobre eutanasia integrada por 15 miembros de profesiones y religiones diversos. Esta comisión emitió un informe en 1985 cuya propuesta fue solicitar una reforma del código penal, añadiendo varios párrafos aclaratorios los artículos 292, 293 y 294 que condenaban las prácticas de suicidio médicamente asistido.

Sin embargo, este informe no fue acogido por el gobierno y por los cristianodemócratas. En lugar de esto se redactó un texto alternativo llamado "Real Decreto" (Bill). Se inició con esto un período de estudio, de



## A. NORMA ACUSADA.

El texto del artículo 326 del Código Penal es el siguiente:

"Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

## B. DEMANDA.

Los argumentos que expone el actor para solicitar la inexecutable del artículo 326 del Código Penal son los siguientes:

- El rol principal de un Estado Social y Democrático de Derecho es garantizar la vida de las personas, protegiéndolas en situaciones de peligro, previniendo atentados contra ellas y castigando a quienes vulneren sus derechos. En la norma acusada el Estado no cumple su función, pues deja al arbitrio del médico o del particular la decisión de terminar con la vida de aquellos a quienes se considere un obstáculo, una molestia o cuya salud represente un alto costo.

- Si el derecho a la vida es inviolable, como lo declara el artículo 11 de la Carta, de ello se infiere que nadie puede disponer de la vida de otro; por tanto, aquel que mate a alguien que se encuentra en mal estado de salud, en coma, inconsciente, con dolor, merece que se le aplique la sanción prevista en los artículos 323 y 324 del Código Penal y no la sanción del artículo 326 ibídem que, por su levedad, constituye una autorización para matar; y es por esta razón que debe declararse la inexecutable de esta última norma, compendio de insensibilidad moral y de crueldad.

- La norma acusada vulnera el derecho a la igualdad, pues establece una discriminación en contra de quien se encuentra gravemente enfermo o con mucho dolor. De esta manera el Estado relativiza el valor de la vida humana, permitiendo que en Colombia haya ciudadanos de diversas categorías.

ofertas y contraofertas. Hasta que en 1989 un cardiólogo holandés llamado Richard Fenigsen publica en la revista Hasting Center Report un informe sobre las cifras de eutanasia en Holanda (5000 a 10000 anualmente), denuncia la forma y las condiciones en que esto se practicaba.

El gobierno holandés crea una nueva comisión para que analice las prácticas eutanásicas en ese país. A la cabeza de esta comisión está el prestigioso procurador de la Corte Suprema Holandesa, el Prof. Remmelink. El Gobierno también intentó negociar con la Real Asociación Médica Holandesa un procedimiento uniforme de notificación oficial de actos de eutanasia sobre todo en la estructura del acta de defunción oficial.

El comité Remmelink publicó un informe de los datos de su estudio en septiembre de 1991. Los resultados de la comisión han sido bastante criticados; sin embargo, lo importante del estudio fue que reveló que hay 1000 casos anuales de "eutanasia" sin petición expresa por parte del paciente; lo que ha alterado el debate en la sociedad holandesa. Los autores del informe Remmelink explicaron su informe de la siguiente forma: de los 1000 casos de eutanasia involuntaria el 59% de los casos argumentaron que aunque no había existido una petición expresa, sí había existido discusión o conocimiento previo de los deseos del paciente por parte del médico. También decían que se les había aplicado la eutanasia porque el paciente había empeorado con rapidez y no había dado tiempo a discutir la cuestión o a que se trataba de personas mayores que creían que el médico "haría lo mejor".

Dos meses más tarde del informe Remmelink el gobierno holandés adoptó la siguiente propuesta legislativa: a) no modificar el código penal; b) no promulgar una ley específica sobre la eutanasia; c) realizar una propuesta de modificación (Bill 22572) del acta de defunción (Burial Act) para incluir en ella una notificación oficial en 4 pasos de las muertes por eutanasia o suicidio asistido (acoger el acuerdo de 1990 entre el ministerio de Justicia y la Real Asociación médica Holandesa).

Estas reformas fueron aprobadas por el Congreso en 1993 y suscritas por el Senado en noviembre del mismo año.

### 3. LA PENDIENTE RESBALADIZA

(SLIPPERY SLOPE).

Cuando determinados actos no son permitidos (caso eutanasia) y que su práctica puede conducir a lo que se conoce como pendiente resbaladiza. Expliquemos mejor esto: lógicamente el argumento de la P.R. sería así: si moralmente se justifica un primer paso (programa T4 AKTION T-4 de los nazis para poner fin a la vida de los niños y adultos con incapacidad o retardo mental), entonces como progresión natural se darán otros sucesos B.C etc. (los nazis extendieron su programa para



- La vida es tratada por el legislador como un bien jurídico no amparable, no tutelable, sino como una cosa, como un objeto que en el momento en que no presente ciertas cualidades o condiciones debe desaparecer. El homicidio piadoso es un subterfugio traído de legislaciones europeas en donde la ciencia, la técnica y la formación son disímiles al medio colombiano, donde se deja morir a las personas a las puertas de los hospitales. Es una figura que envuelve el deseo de librarse de la carga social.

- La norma olvida que no toda persona que tenga deficiencias en su salud tiene un deseo vehemente de acabar con su vida; al contrario, las personas quieren completar su obra por pequeña o grande que ella sea.

- En el homicidio piadoso se reflejan las tendencias de los Estados totalitarios fascista y comunista, que responden a las ideas hitlerianas y stalinistas; donde los más débiles, los más enfermos son conducidos a las cámaras de gas, condenados a éstas seguramente para "ayudarles a morir mejor".

alcanzar la raza ideal aria exterminando judíos, polacos, rusos y otros grupos étnicos). De suerte que cualquier paso subsiguiente relacionado con el primero resultará moralmente justificable, tanto si una parte del primer paso permanece en los pasos subsiguiente como si no. La restricción se entiende como una objeción a A, presumiéndose un consenso con respecto a la objeción a B (y sucesivos), cuando realmente A no es objetable, aunque pueda serlo para los defensores que ven en este primer paso la vía de una progresión natural o la entrada de una pendiente resbaladiza.

Esquema:

- si se permite A (moralmente aceptable) de forma natural vendrá B, C, D etc.

- B, C, D, etc. No son moralmente aceptables

- Por lo tanto, A (por sus consecuencias) no debe admitirse.

Se corre el riesgo que este argumento sea utilizado incorrectamente como medio para justificar otro tipo de objeciones morales. Por ejemplo, no tiene sentido argumentar que la legalización del aborto lleve por medio de la pendiente resbaladiza a terminar en el infanticidio, cuando al señalar tal riesgo se hace con el convencimiento de que desde el mismo momento de la fertilización del óvulo existe un ser humano. De acuerdo con esta perspectiva, el aborto no debería consentirse por ser moralmente inaceptable - *per se* - el hecho de aniquilar una vida humana y no en base a las consecuencias (remotas o próximas) que conllevaría su aprobación. Lo anterior no justifica, que se pueda objetar la legalización del aborto, por entender que así se da paso a una progresión natural hacia situaciones que no serían moralmente aceptables, aunque no se comparta la idea de que todo equivale al asesinato de un ser humano.

239

El argumento de la pendiente resbaladiza es de tipo consecuencialista, es decir, a la hora de elegir entre las posibles alternativas se valora globalmente la bondad o maldad que acompaña a la situación a la que aboca cada curso de acción y las consecuencias que conlleva o puede conllevar.

El argumento de la pendiente resbaladiza pretende llamar la atención acerca de la posibilidad de sobrepasar ciertos límites cuando se toman decisiones de carácter ético. Con relación a la eutanasia, la pregunta central es cuál es su progresión (pendiente) en ese ámbito: si el primer paso es la despenalización de la eutanasia voluntaria, ¿vendrá necesariamente el siguiente paso a declarar la despenalización de la eutanasia no voluntaria? Esto conduciría a que las consecuencias que traería la aprobación de la eutanasia voluntaria serían mas perversas que las que erradicarían. Es interesante reflexionar sobre el texto del Dr. Miller: "el riesgo de abusos (con respecto al suicidio asistido) en ausencia de garantías convenientemente reguladas puede ser mayor en los EEUU que en Holanda, debido a que las presiones del sistema de salud con relación a la contención del gasto, las cargas que supone para la familia el cuidado de un moribundo y nuestra inclinación cultural a buscar la solución a problemas médicos y sociales complejos en la tecnología".



#### 4. CONSIDERACIONES ÉTICO-LÉGALES

La atención sanitaria no debe centrarse únicamente en la prolongación de la vida del enfermo. Es verdad que esa lucha contra la enfermedad y la muerte es un indiscutible objetivo de la praxis sanitaria y ha tenido una gran importancia en el avance de la Medicina, pero no puede convertirse en un objetivo que deba ser buscado siempre. La acción sanitaria tiene también otros dos puntos de mira: la voluntad del enfermo y la urgencia de humanizar su proceso de muerte. Tampoco en la situación de proximidad a la muerte, debe privarse al enfermo de su protagonismo; deberá valorarse cuál es su petición. Existen situaciones en que debe respetarse seriamente el deseo del propio enfermo terminal. E, igualmente, la praxis sanitaria debe ser muy sensible a la humanización del proceso de muerte. Es irracional y éticamente reprobable crear situaciones en que se prolonga cuantitativamente la existencia del enfermo, pero al trueque de causar un inaceptable encarnizamiento terapéutico. Los médicos deben ser sensibles a revisar sus actitudes ante el enfermo, incluso a concretar sus propias angustias ante la muerte en actitudes vitalistas. La muerte de un enfermo no es muchas veces un fracaso para un médico; el verdadero fracaso es la muerte deshumanizada.

Abordamos ahora el problema ético de aquellas situaciones en que el propio enfermo, en proximidad a su muerte - y, también en los casos de suicidio asistido - pide que se le "ayude a morir", mediante una "muerte piadosa".

En este problema deben hacerse algunas precisiones previas. En primer lugar hay que preguntarse sobre el significado de esa petición de eutanasia. Como ya dijimos, puede tratarse de una petición mediante la cual el enfermo está pidiendo una ayuda humana que no se le sabe prestar de forma similar a los intentos de suicidio que, con cierta frecuencia, son igualmente una especie de llamada de atención, de búsqueda de calor humano. También habrá que tener en cuenta si el alivio de los dolores no es la verdadera respuesta a tales peticiones. Son muchos los médicos que informan que las actitudes de los enfermos son muy distintas cuando se les quita el dolor. Igualmente habrá que tener en cuenta hasta qué punto esa petición refleja la verdadera voluntad del paciente o si, más bien, es consecuencia de estados transitorios - así en las fases de agresividad o de depresión descritas por Kübler-Ross. Finalmente, deberá tenerse en cuenta la inevitable falibilidad de los pronósticos médicos que pueden llevar a considerar a determinadas situaciones como irreversibles y terminales y, por tanto, en las que se podría aplicar la eutanasia. Sin embargo, las enfermedades pueden tener un curso no previsto por la Medicina, que nunca será una ciencia exacta.

Sin negar todos los elementos indicados, también es cierto que existen enfermos que piden de forma continuada y consciente la eutanasia o el suicidio asistido - que ellos mismos no pueden algunas veces provocar como en el caso de tetraplejias. Desde nuestro punto de vista estamos ante un tema en que la dimensión religiosa de la vida puede conferir una



respuesta diversa. Desde la perspectiva de una persona agnóstica o atea y que no tiene responsabilidades familiares o sociales, no se puede argumentar que su decisión de solicitar la eutanasia sea éticamente inaceptable. Es importante subrayar que los argumentos de la Iglesia en relación con la eutanasia son de índole religiosa y que carecen de validez para una persona no creyente.

Por el contrario, la dimensión religiosa de la vida, la experiencia, en la terminología de X. Zubiri, de la "religación", de la referencia a un Dios personal del que se ha recibido la vida, como un don últimamente indisponible, confiere a este interrogante una respuesta distinta. Especialmente para un cristiano, la muerte de Cristo, como acto final de entrega confiada en las manos del Padre.

### *El problema legal de la eutanasia.*

Nos parece evidente que la legislación y la praxis jurisdiccional deben tener en cuenta la pluralidad de situaciones existentes en toda esta problemática. Ciertamente debe admitirse la ortotanasia, es decir la no-aplicación de terapias desproporcionadas como una situación claramente distinta de la verdadera eutanasia.

Hay algunos autores que consideran que la ortotanasia se identifica con la eutanasia. Creemos que este planteamiento es erróneo. Ciertamente, las dosis utilizadas como calmantes son muy inferiores a las que se pueden emplear para quitar positivamente la vida a un enfermo que así lo pide. Por otra parte, es muy distinto, ética y legalmente, el no oponerse al proceso de muerte de un enfermo, porque se considera que racionalmente no debe hacerse, que poner una acción positiva por el que se le quita la vida. En el primer caso es su proceso de muerte el que le lleva a su final - y ante el que no se ponen barreras - mientras que en el segundo es el acto de otro, el que dispone positivamente de la vida ajena. Se trata de una diferencia sustancial que, de ninguna forma, debe ser minusvalorada.

Colombia ha llegado a una situación próxima a la despenalización de la eutanasia, si se cumplen una serie de requisitos: debe tratarse de un enfermo que lo pide de forma razonable y continuada, de una enfermedad irreversible y próxima a la muerte que causa un grave sufrimiento y, además, el médico tiene que consultar con otro profesional. La eutanasia sigue estando penalizada en el Código Penal Colombiano, hasta que el Congreso de la República reglamente esta despenalización.

Los partidarios de la despenalización de la eutanasia arguyen desde el derecho de la persona a disponer de su propia vida y a recibir la ayuda médica necesaria para conseguirlo de una forma indolora. Pero, como afirma D. Callahan, no se trata de un mero derecho personal e individual, ya que se exige la participación de otra persona y tiene, por tanto, una resonancia social. Admitir esta forma de eutanasia iría en contra de la tendencia histórica que ha restringido al máximo las excepciones al principio general de la inviolabilidad de la vida humana - hoy están muy cuestionadas dos excepciones clásicas, la pena de muerte y la guerra justa.

Colombia ha llegado a una situación próxima a la despenalización de la eutanasia, si se cumplen una serie de requisitos: debe tratarse de un enfermo que lo pide de forma razonable y continuada, de una enfermedad irreversible y próxima a la muerte que causa un grave sufrimiento y, además, el médico tiene que consultar con otro profesional. La eutanasia sigue estando penalizada en el Código Penal Colombiano, hasta que el Congreso de la República reglamente esta despenalización.



Al mismo tiempo, la práctica eutanásica sería, en muchos casos y por las características de estas situaciones, consecuencia de una decisión privada entre el enfermo y su médico, sin que sea posible un previo proceso judicial, lo que es igualmente contrario a la misma tendencia histórica.

Una consecuencia preocupante de la despenalización de la eutanasia es que lo que se concede al enfermo como un derecho se convierta subjetivamente en una obligación ante los problemas económicos y familiares frecuentemente asociados. Y, sin embargo, la sociedad debería proteger siempre al más débil y necesitado de protección que es, sin duda, el enfermo. Los datos holandeses indican que se está dando ya una evolución desde la eutanasia a la cacotanasia: aproximadamente el 1% de las defunciones en los Países Bajos se han realizado en enfermos inconscientes que no habían explícitamente solicitado la eutanasia. Igualmente se citan casos de neonatos con anomalías, por ejemplo con espina bífida, a los que se ha quitado positivamente la vida. En el contexto de sociedades envejecidas y en donde los ancianos no tienen un valor social, es preocupante adónde puede llevar una despenalización de la eutanasia. Como afirma tajantemente D. Callahan, "una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido, ir a donde quiera".

242

## TEMA 34

# Las unidades de cuidados intensivos (UCI)

**L**os cuidados intensivos nacieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales, y por tanto, el control de los procesos vitales que podrían conducir a la muerte, parada cardíaca, insuficiencia respiratoria, fracaso renal, etc.

En los años 60 estas técnicas de soporte vital comenzaron a tener alguna relevancia sanitaria, y cuando el médico comenzó a tener, por primera vez en la historia, un control sobre la muerte. Había comenzado una nueva era, se escuchan hoy día nuevos conceptos, como el de "enfermedades críticas", "medicina intensiva", "procesos terminales", "medicina paliativa", etc.

El nacimiento de la Medicina intensiva ha hecho cambiar conceptualmente la antigua Medicina. El concepto de muerte natural ha ido perdiendo vigencia, sustituido por el de muerte intervenida. Esta fu



la razón del nacimiento de una rama de la Bioética: problemas éticos del final de la vida.

### PROBLEMAS ÉTICOS

Los problemas éticos de la Medicina intensivista giran alrededor de 2 ejes: racionalización - racionamiento, y selección - elección.

1. Binomio elección - selección (nivel privado). La elección tiene que hacerla el paciente, y hay que respetar sus decisiones, sobre todo cuando se halla en situaciones vitales de pronóstico muy comprometido: - gestión de la propia muerte, - órdenes de no reanimar, - órdenes parciales, - nombramientos de un sustituto, etc.

2. Binomio racionalización - racionamiento: (nivel de lo público: afectan los principios de no-maleficencia y justicia).

Hay una racionalización estrictamente médica, que tiene el nombre de indicación. Es una de las máximas tareas que están pendientes. Debe hacerse lo indicado y no lo contraindicado.

Tampoco puede exigirse al Estado la financiación de lo inútil o fútil, o de lo poco efectivo. En esto consiste la racionalización: - evaluación de procedimientos, - utilización de lo indicado, - rechazo de lo contraindicado, - no uso de lo fútil o inútil, - restricción de lo poco eficaz, efectivo y eficiente.

243

### UNA MIRADA DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

**AUTONOMÍA:** Un modo de limitar los recursos es mediante la renuncia por parte del paciente. El paciente tiene derecho, si es competente, a

rechazar todo tipo de asistencia, incluso la indicada, y puede rechazar la asistencia que no le parece indicada del todo, pe. situaciones terminales, aún con competencia disminuida.

**NO-MALEFICENCIA:** El médico nunca debe poner un procedimiento que sea claramente maleficente, es decir que estén claramente contraindicados. Los procedimientos contraindicados no se le pueden poner al paciente, ni con su consentimiento.

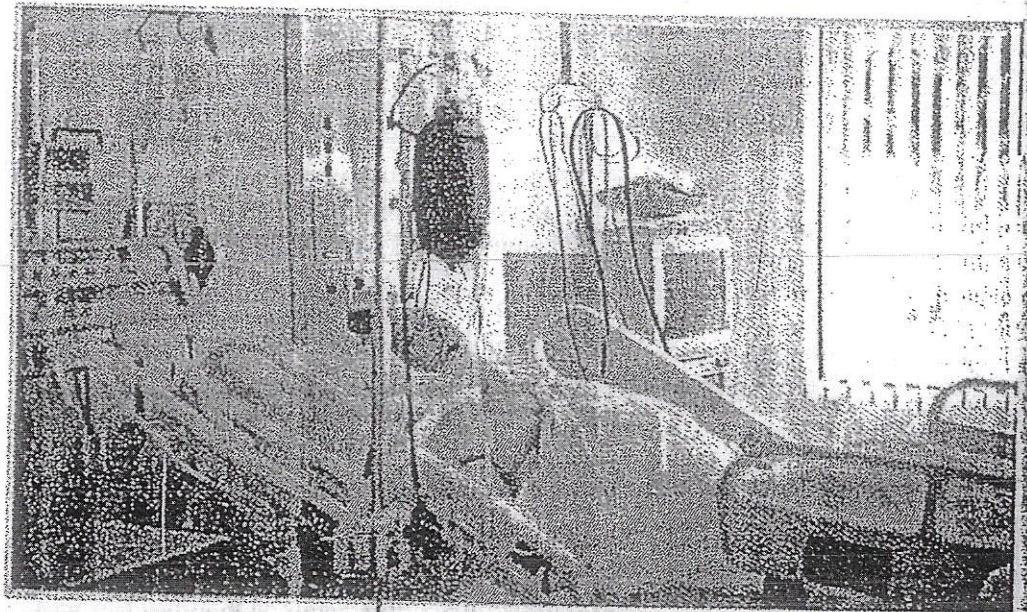


Hank Morgan/Science Source/Photo Researchers, Inc.



JUSTICIA: Los esfuerzos terapéuticos se pueden limitar por que los recursos son escasos y hay que racionalizarlos, aunque el paciente los quiera y no estén contraindicados.

Esto se puede hacer cumpliendo algunos criterios:



1. El racionamiento no puede imponerlo más que el administrador de la gestión pública. Por lo tanto, los criterios tiene que hacerse de arriba hacia abajo, tiene que darlos las autoridades administrativas, y aplicárselos a todos por igual. No es el médico que tiene que inventarse las normas de racionamiento, racionar según su entender, sino el administrador el que tiene que dar las normas y el médico aplicarlas.

2. Una premisa fundamental antes de racionalizar: se debe hacer una gestión eficiente de los recursos. La gestión eficaz y eficiente es una obligación de justicia, cuando los recursos son públicos.

3. Hay que evaluar bien la eficacia del producto que se está dando. En las UCI del sistema público no hay obligación de poner otros procedimientos que los claramente indicados, y en cuanto la indicación no está clara, se puede poner o quitar.

4. Si hay que tratar de un modo no igual a alguien, (lo que Rawls llama la lotería de la vida) la equidad exige compensar esa discriminación negativa con otra positiva, utilizando un criterio "*maximin*".

BENEFICENCIA: Hay parte de la salud que debe ser cubierta por el Estado, y otra que debe cubrir cada uno, en virtud del principio de beneficencia. En el caso de la UCI, esto significa que ciertas personas pueden entrar en ella en virtud de este principio y no el de justicia. Hemos dicho que en virtud del principio de justicia no hay obligación



más que de poner los medios indicados y quitar los no indicados o contraindicados. Pero, en virtud del principio de beneficencia, si el paciente quiere esos servicios y los paga, se deben ponerse los medios indicados y no indicados, aunque no pueden ponerse los contraindicados, pues sería maleficente.

Todo esto conlleva al debate si es lo mismo no-poner que quitar (es decir, es lo mismo no poner un ventilador cuando llega un paciente a urgencias, o quitar el mismo ventilador cuando el paciente no reacciona de su estado de inconsciencia).

El intensivista tiende a no poner un procedimiento más que cuando lo ve indicado, y sin embargo, no se atreve a quitarlo más que cuando está claramente contraindicado. En este sentido, no es lo mismo no-poner que quitar, ya que del no poner queda fuera el amplio campo de la no-indicación, y del quitar también, de modo que las cosas sólo se quitan cuando se ven contraindicadas.

Hay que hacer una distinción en relación con la Medicina pública y la privada. En virtud de la justicia (por lo tanto de la salud pública), no es necesario poner más que lo indicado y no poner o quitar lo que no está indicado; por el contrario, en el caso de la salud privada, que se rige por el principio de beneficencia, se puede poner lo indicado y lo no indicado, y hay que no poner o quitar sólo lo contraindicado.

245

## TEMA 35

# El diagnóstico de muerte

### Contenido:

1. Parametros prácticos para la determinación de la muerte en adultos.

2. Asistencia y manejo clínico de pacientes en estado vegetativo persistente (EVP).

## 1. DETERMINACIÓN DE MUERTE

Subcomité de Control de Calidad de la Academia Americana de Neurología  
Neurology 1995;45:1012-1014



Definición de muerte cerebral (encefálica o neurológica): Pérdida irreversible de la función del cerebro y el troncoencéfalo.

Causas más comunes: traumatismos craneales o aneurisma con hemorragia subaracnóidea y en las UCI también la isquemia-hipoxia cerebral y el fracaso hepático fulminante.

Este documento hace referencia a los criterios clínicos para el diagnóstico de muerte cerebral de los pacientes con más de 18 años de edad.



## 2. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

*Subcomité de Control de Calidad de la  
Academia Americana de Neurología  
Neurology 1995;45:1015-1018*

Este documento está basado en los dos artículos publicados como "Aspectos médicos del Estado Vegetativo Persistente (EVP)" escritos por la "Multi-Society Task Force on PVS". Documento entregado por el Dr. Juan Luis Trueba en el Postgrado de Bioética de la Universidad El Bosque.

Aproximadamente 10,000 a 25,000 casos de adultos y 6,000 a 10,000 niños han sido diagnosticados en USA como EVP.

### *Descripción del estudio*

La "Multi-Society Task Force" compuesta por representantes de las Sociedades Americanas de Neurología, Neuropediatría, Neurocirugía y las Academias de Neurología y Neuropediatría estudiando la información disponible sobre EVP y consultando con un panel de expertos en Ética, y leyes que criticaron los informes del Task Force. Subsiguientemente el documento fue aprobado por los comités ejecutivos de las Sociedades que participaban.

La literatura mundial fue revisada y clasificada por la clase de evidencia (clase I, II, y III). Dado el tipo de problema, no se encontraron estudios clase I. Todas las publicaciones trataron de estudiar la evolución y de los datos sobre los adultos y niños diagnosticados de EVP después de un daño cerebral traumático o no – traumático referido a los períodos evolutivos de 3, 6 y 12 meses. Se analizaron 754 pacientes y la valoración evolutiva se hizo según escala de Glasgow agrupados en tres grados: buena recuperación (actividad ocupacional y social normal). Discapacidad moderada (con independencia) y discapacidad severa (dependencia parcial o total).

Las recomendaciones de este documento son definidas como directrices (guidelines).

### I. Criterios para el diagnóstico clínico de muerte cerebral.

A. Prerrequisitos. Muerte cerebral es la ausencia de las funciones cerebrales detectables, clínicamente cuando existe una causa próxima reconocida demostrable como irreversible.

1. Evidencia clínica o por neuroimagen de una catástrofe aguda neurológica del SNC que es incompatible con el diagnóstico clínico de muerte cerebral.

2. Exclusión de complicaciones médicas que puedan enmascarar los signos clínicos (alteración severa de electrolitos, ácido-base, o endocrinas).

3. No existir intoxicaciones por drogas o venenos.

4. Temperatura central  $>32^{\circ}\text{C}$ .

B. Los tres hallazgos cardinales en la muerte cerebral son coma areactivo, ausencia de reflejos troncoencefálicos, y apnea.

1. Coma areactivo- ausencia de respuesta motora cerebral al dolor en todas las extremidades (presión en la raíz de las uñas y supraorbital).

2. Ausencia de reflejos troncoencefálicos:

a) Pupilas:

(1) Ausencia de respuesta a la luz brillante.

(2) Tamaño: intermedio (4mm) a dilatado (9mm).

b) Movimientos oculares:

(1) Ausencia de reflejos oculocefálicos (realizarlos sólo cuando se ha descartado fractura o inestabilidad de la columna cervical).

(2) Ausencia de desviación de los ojos tras la irrigación en cada oído de 50ml de agua fría (esperar 1 minuto después de la irrigación para valorar resultado y al menos 5 minutos entre la irrigación de un lado al otro).

c) Análisis de las sensaciones y respuesta motora de la cara:

(1) Reflejo corneal ausente.

(2) Reflejo maseterino ausente.

(3) Ausencia de respuestas motoras en la cara tras la estimulación dolorosa (presión en la raíz de las uñas, arco supraorbitario, articulación temporomandibular).

d) Reflejos faríngeo y traqueal:

(1) Ausencia de reflejo faríngeo (estímulo de la faringe posterior con un depresor de lengua).



Las Tablas 1 y 2 recogen los datos de la evolución, con la incidencia de recuperaciones de la conciencia y la probabilidad de recuperación a los 3, 6 y 12 meses.

#### Definiciones:

El estado vegetativo (EV) es una condición clínica de completa inconsciencia de sí mismo y del medio entorno acompañado de ciclos de vigilia-sueño y con preservación completa o parcial de las funciones autonómicas hipotalámicas y troncoencefálicas.

#### Criterios diagnósticos:

1. Ausencia de conciencia.
2. La respuesta a estímulos visuales, auditivos y dolorosos no posee carácter reproducible, propósito o conducta voluntaria.
3. No existe evidencia de lenguaje comprensivo o expresivo.
4. Estado de vigilia intermitente manifestado por la existencia de ritmo vigilia-sueño.
5. Preservación suficiente de funciones hipotalámicas y troncoencefálicas.
6. Incontinencia esfinteriana.
7. Preservación variable de pares craneales (pupilas y reflejos oculocefálicos, corneal, vestíbulo-ocular, nauseoso y espinal)

#### Estado Vegetativo Persistente (EVPs)

Puede ser definido como el estado vegetativo presente después de 1 mes de la lesión neurológica traumática o no-traumática, y el que está presente después de 1 mes en las enfermedades degenerativas/metabólicas o en las malformaciones del SNC.

#### Estado Vegetativo Permanente (EVPm):

Es el que puede ser diagnosticado de no reversible con un alto grado de certidumbre clínica.

#### Diagnostico de EVP:

Es establecido por un médico que por razones de preparación y experiencia, es competente en la valoración de las funciones neurológicas y en el diagnóstico clínico. No existen criterios establecidos

(2) Ausencia de tos en la aspiración bronquial.

3. Apnea- comprobada como sigue:

a) Prerrequisitos:

- (1) Temperatura central  $> 36.5^{\circ}\text{C}$ .
- (2) Presión arterial sistólica  $> 90$  mm Hg.
- (3) Euvolemia. Opción: balance de fluidos positivo en las 6 h. previas.
- (4)  $\text{PCO}_2$  normal. Opción:  $\text{PCO}_2$  arterial  $> 40$  mm Hg.
- (5)  $\text{PO}_2$  normal. Opción: preoxigenación hasta obtener  $\text{PO}_2$  arterial  $> 200$  mm Hg.

b) Conectar un oxímetro y desconectar el respirador.

c) Oxigenación traqueal: 100%  $\text{O}_2$  a 6 l/min. Opción: colocar cánula a nivel de la carina.

d) Mirar con cuidado la aparición de movimientos respiratorios (movimientos abdominales o torácicos que produzcan valorables volúmenes).

e) Medir  $\text{PO}_2$ ,  $\text{PCO}_2$  y pH arterial, después de 8 minutos de espera y reconectar después el respirador.

f) Si no ha habido movimientos respiratorios y la presión arterial de  $\text{PCO}_2$  es  $> 60$  mm Hg (opción: 20 mm Hg de incremento sobre el una  $\text{PCO}_2$  basal normal), el test de apnea resulta positivo (permite el diagnóstico de muerte cerebral). 247

g) Si se presentaron movimientos respiratorios, el test de apnea es negativo (no permite el diagnóstico de muerte cerebral), y el test podría ser repetido más tarde.

h) Conectar el respirador si, durante el test, la presión sistólica llega a ser  $< 90$  mm Hg. o si el oxímetro indica de saturación y arritmia cardíaca; inmediatamente obtenga una muestra de sangre por gasometría arterial. Si  $\text{PCO}_2$  es  $> 60$  mm Hg. o ha aumentado  $> 20$  mm Hg. sobre una  $\text{PCO}_2$  basal normal, el test de apnea resulta positivo (sustentaría el diagnóstico de muerte cerebral); si la  $\text{PCO}_2$  es  $< 60$  mm Hg o aumenta menos de 20 mm Hg sobre la  $\text{PCO}_2$  basal normal, el resultado es indeterminado, y se requería un test posterior confirmatorio.

## II. Fracasos en el diagnóstico de muerte cerebral.

Las siguientes situaciones pueden interferir en el diagnóstico clínico de muerte cerebral, en consecuencia el diagnóstico clínico no podría dar certeza por sí solo. Se recomienda en estas situaciones un test de confirmación diagnóstica:



para hacer un diagnóstico de EVP en niños de menos de 3 meses de edad, excepto en los pacientes con anencefalia. Otros métodos diagnósticos pueden respaldar al clínico, pero ninguno añade especificidad o certeza.

Categorías clínicas y etiológicas de EVP:

Hay tres categorías de procesos en adultos y niños que pueden conducir al EVP.

1. Lesiones agudas neurológicas traumáticas o no-traumáticas: a menudo se produce después de un mes aproximadamente de estar en coma.
2. Enfermedades degenerativas y metabólicas cerebrales: con patrones progresivos que terminan en el EVP.
3. Malformaciones severas del sistema nervioso central: niños que no llegan a adquirir la conciencia. El diagnóstico puede realizarse al nacimiento en los anencefálicos. Para otros niños con severas malformaciones que parecen vegetativos al nacimiento se recomienda seguir evolución por 3 a 6 meses para determinar si son capaces de adquirir la conciencia. La mayoría permanecen vegetativos; los que adquieren la conciencia usualmente lo hacen con severa discapacidad.

Prognóstico de recuperación

La recuperación del EVP puede ser definida en términos de recuperación de conciencia y recuperación de funciones.

La recuperación de la conciencia en casos traumáticos de EVP después de 12 meses de evolución es improbable. La recuperación de los casos de EVP no-traumático después de 3 meses de evolución es extraordinariamente rara, tanto en adultos como en niños.

Estos datos están basados en los estudios de clase II. Se han referido varios casos individuales (clase III) con recuperaciones poco verificadas, tanto para los traumáticos (> 12 meses de evolución) como en los no-traumáticos (> 3 meses de evolución).

A. Trauma facial severo.

B. Anomalias pupilares previas.

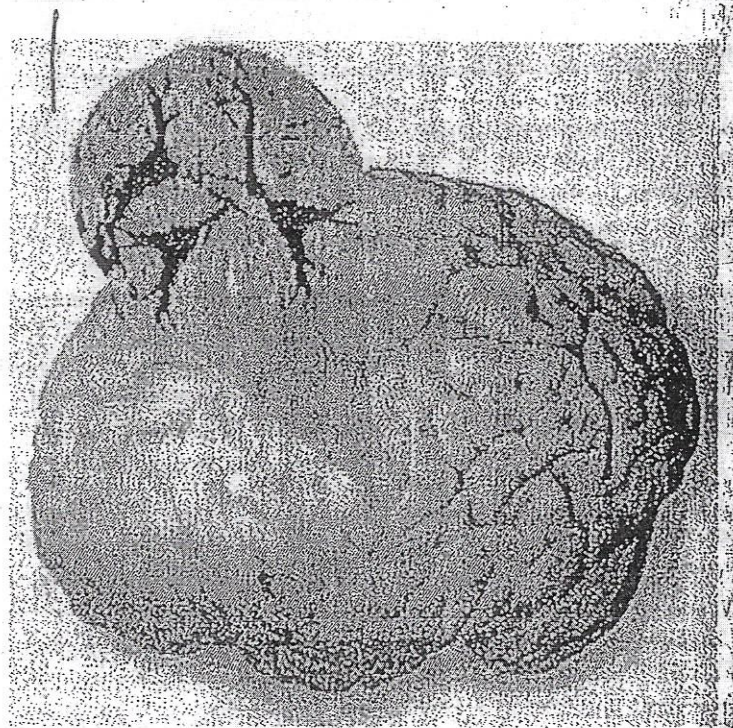
C. Niveles tóxicos para sedantes, aminoglúcidos, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, antiepilépticos, agentes quimioterápicos, bloqueantes neuromusculares.

D. Apnea durante el sueño o enfermedad pulmonar severa con retención de CO<sub>2</sub>.

### III. Datos clínicos compatibles con el diagnóstico de muerte cerebral

Las siguientes manifestaciones clínicas no deben ser interpretadas como funciones troncoencefálicas.

- A. Movimientos espontáneos de los miembros distintos de los movimientos de descerebración o decorticación.
- B. Movimientos pseudorrespiratorios (elevación de los hombros y aducción, arqueado de la espalda, expansión intercostal sin movilización de volumen respiratorio).
- C. Sudoración; rubor, taquicardia.
- D. Presión arterial normal o brusco aumento de la misma.
- E. Ausencia de diabetes insípida.
- F. Reflejos osteotendinosos; reflejos abdominales cutáneos; triple respuesta extensora.
- G. Reflejo plantar extensor (Babinski).



### IV. Pruebas de diagnóstico confirmatorio

La muerte cerebral es un diagnóstico clínico. Se recomienda repetir la evaluación clínica 6 horas después, pero este intervalo es arbitrario.



Supervivencia de los pacientes con EVP:

Las esperanzas de vida para la mayoría de los pacientes con EVP es de 2 a 5 años.

Supervivencias mayores de 10 años son inusuales. Las posibilidades de vida por encima de 15 años es aproximadamente de 1/15,000 a 1/75,000.

Recomendaciones:

A. Normativa diagnóstica para establecer un EVP.

El EVP es diagnosticable. Se define como persistente al cabo de 1 mes.

Basándose en la evidencia clase II y el consenso que refleja un alto grado de certeza clínica las siguientes normativas conciernen al EVP:

El EVP puede ser juzgado como permanente 12 meses después de una lesión aguda traumática en adultos y niños. Especial atención deberá prestarse en la valoración de la conciencia, en niños, durante el primer año, después de un accidente traumático.

El EVP puede ser juzgado como permanente 3 meses después de una lesión aguda no traumática en adultos y niños.

Las posibilidades de recuperación después de estos períodos son excepcionalmente bajas, y a la recuperación ocurre con severa discapacidad.

B. Directrices de manejo clínico

Responsabilidad de discutir con la familia o subrogados las probabilidades pronósticas y evolutivas de un paciente.

El paciente en EVP debería recibir cuidado apropiado médico, de enfermería, o domiciliario para mantener su dignidad e higiene personal.

Los médicos y la familia deben determinar los niveles apropiados de tratamiento relativos a la administración o supresión de:

1. Medicación u órdenes de tratamiento
2. Oxígeno suplementario y usos de antibióticos
3. Tratamientos complejos de mantenimiento de órganos, como la diálisis.
4. Administración de sangre y derivados
5. Hidratación artificial y nutrición

Una vez que el EVP es considerado como permanente, es apropiada una "orden de no resucitación".

1. Angiografía convencional.
2. Electroencefalograma.
3. *Doppler* transcraneal.
4. Tc 99 m HMPAO (tecnecio 99m hexametilpropilenoamina oxidada).
5. Potenciales evocados somatosensoriales.



## TEMA 36

Extracción de órganos y  
transplantes

## ASPECTOS HISTÓRICOS

Para esta pequeña reseña seguiremos el texto de Diego Gracia *Historia del transplante de órganos*. El Dr. Gracia divide su texto en dos partes: los avances técnicos y los problemas éticos. Examinemos la primera parte.

1. Evolución técnica: Gracia diferencia 3 tipos de transplantes de órganos a lo largo de la historia: el autotransplante, los alotransplantes y los heterotransplantes.

El autotransplante es el que se realiza dentro del propio individuo. Un ejemplo claro es un injerto de piel de una parte del cuerpo del paciente en otra. (La ventaja es que no produce ningún tipo de rechazo).

Los isotransplantes son lo que se realizan entre gemelos univitelinos o animales engendrados endógamicamente (similar a los autotransplantes). Los homotransplantes o alotransplantes son aquellos que se realizan entre sujetos de la misma especie. (Sufren generalmente rechazo).

Finalmente, los heterotransplante o xenotransplantes, son los que se realizan entre individuos de distintas especies (estos son por lo general destruidos rápidamente por el receptor).

Estos 3 tipos de transplantes representan tres etapas en el desarrollo de la Medicina. La primera etapa consistió en la capacidad de realizar técnicamente las operaciones. La segunda, en suprimir o controlar la inmunidad, y con ello el rechazo. La tercera, aún en pañales, consistía en conseguir por procedimientos de ingeniería genética órganos con un sistema inmunológico idénticos al del receptor.

## AUTOTRANSPLANTES

Se hallan descritos en la India entre los siglos VI y V a.C. y se le atribuye al cirujano hindú Sushruta quien suturó colgajos de piel a partes amputadas, además reconstruyó narices y orejas con trozos de piel tomados de las extremidades.

En el siglo XVI, el cirujano Gaspare Taalicozzo injertó un colgajo de brazo en la nariz de un rinotomizado sin desprenderlo del antebrazo. lo dejó así durante varias semanas, hasta que se revascularizó a partir de la cara, y después los desprendió del brazo.

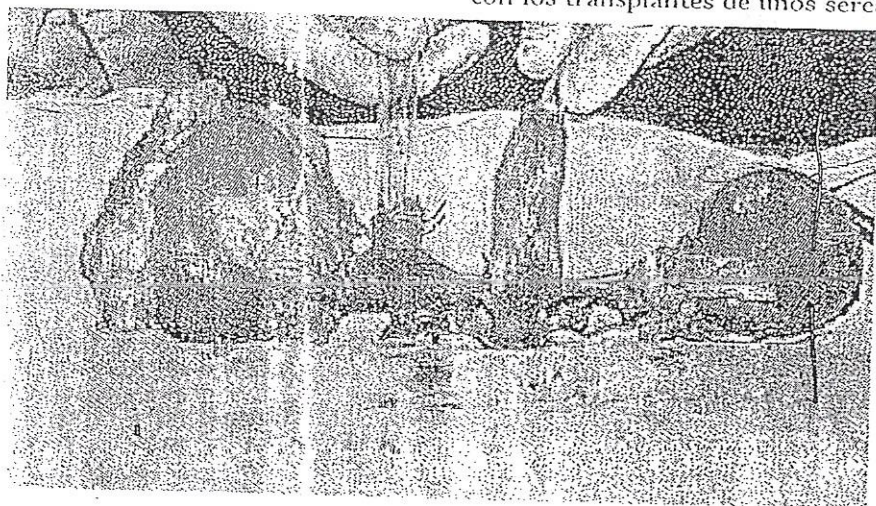


✓ En 1870 el cirujano J. L. Reverdin realizó con éxito los primeros autotransplantes de piel. En vez de utilizar injertos delgados de piel, utilizó por primera vez injertos gruesos, con ello se obtuvo una rápida revascularización.

Hoy día se hace autotransplantes de piel, de arteria y vena, de hueso y de otros tejidos.

## HOMOTRANSPLANTES

A finales del siglo XVII se intentó la operación más sencilla en relación con los transplantes de unos seres vivos a otros: la transfusión de sangre.



Hacia mediados de 1950 el doctor John Hunter introdujo el término "transplante" e intentó transplantar sin éxito alguno órganos: transplantó testículos y ovarios en la cavidad peritoneal.

Los homotransplantes comenzamos a tener una base científica gracias a los progresos de la inmunología, especialmente con el descubrimiento de Kare Landsteiner, en 1901, de los diferentes grupos sanguíneos del sistema ABO. Esto ayudó en un

comienzo a los transplantes, pero se comprobó que el fenómeno de rechazo no era producto exclusivo de hematies, y por lo tanto del sistema ABO.

En 1948 se descubrió el llamado sistema H o histocompatibility system del ratón. En 1954 se transplantó un riñón con éxito, evitándose el rechazo, porque el donante y el receptor eran gemelos univitelinos, y a partir de entonces se comenzaron a hacer transplantes de riñón entre gemelos.

En 1958 Jan van Rood descubrió el llamado human Leucocyte antigen system o sistema HLA. El sistema HLA tiene dos subsistemas: la clase I que se encuentra en la membrana de prácticamente todas las células nucleadas y plaquetas, y de clase II están presentes en la superficie de las células portadoras de antígenos, es decir del sistema mononuclear fagocítico y los linfocitos B. A partir de este proyecto ya era posible intentar el transplante entre pacientes histocompatibles. El siguiente paso fue intentar evitar el rechazo; se buscaron fármacos supresores de la inmunidad y por lo tanto del rechazo.

Hacia 1961 Roy Calne propuso la combinación entre azotioprina (derivado de la 6-mercaptopurina) y la prednisona, naciendo una nueva etapa en la historia de los transplantes.

En 1978 se produjo un salto revolucionario, al introducirse la ciclosporina A, el fármaco hoy más utilizado en la inmunosupresión, y que ha permitido todo el desarrollo de la Medicina de los transplantes.

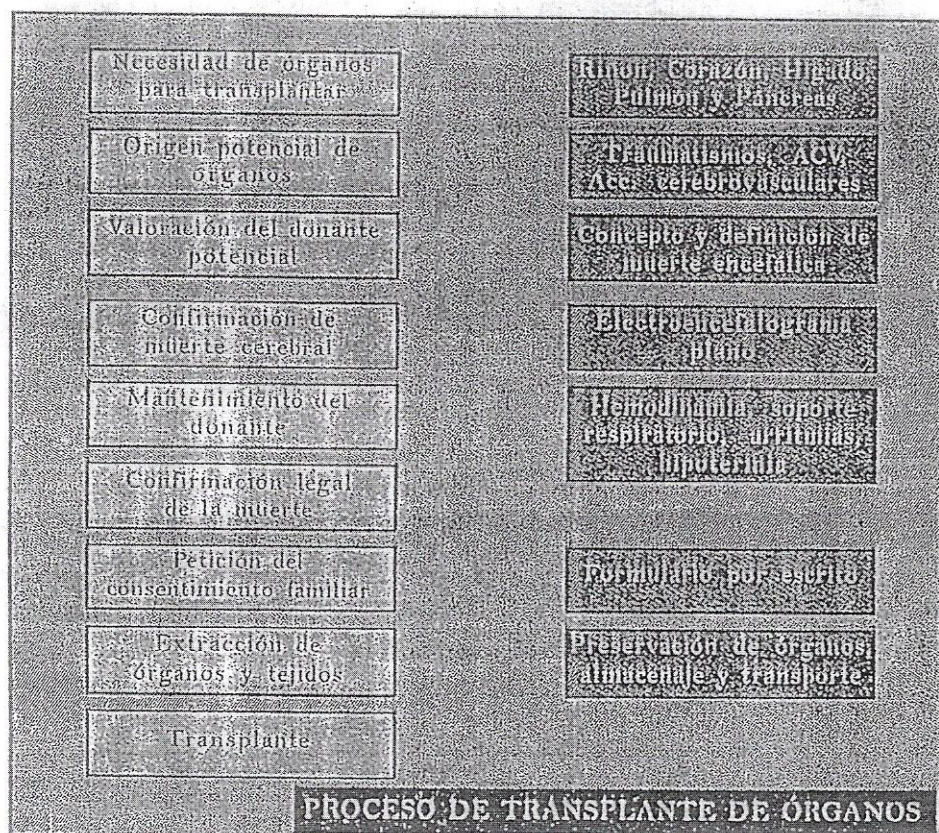


A partir de la mitad de los años sesenta se empezó a transplantar órganos diferentes al riñón.

- 1967 Christian Barnard (Sudáfrica): trasplante de corazón.
- 1967 Thoma Starzi (U.S.A.): trasplante de hígado.
- 1958 G. Matthe: trasplante de médula ósea.
- 1963 J. Hardy: trasplante de pulmón.
- 1966 R. Lillehec: trasplante de páncreas.
- 1967 La nueva era comenzó.

## HETEROTRANSPLANTES

La idea de crear realidades intermedias entre individuos de diversas especies la hemos escuchado en los relatos antiguos narrados por nuestros abuelos. La mitología de las más diferentes culturas describe la existencia de seres extraños, compuestos por órganos de individuos de distintas especies.



## 2. DILEMAS ÉTICOS:

Los trasplantes de órganos son procedimientos experimentales o terapéuticos.

Durante muchos años, siglos, el trasplante de órganos no ha tenido un carácter científico, ya que se pensaba que la extracción de órganos de un ser vivo era siempre inmoral, y no podría ser realizada aunque esto ayudara al otro. (Se trataba de una mutilación, siempre estaba penalizada tanto en el código como en la Ética).

Mas adelante, el trasplante de órganos tuvo una fase de aceptación, pero únicamente como un procedimiento experimental.

Hacia los años 60, debido a la poca supervivencia de el transplantado, se concluyó que no era una técnica terapéutica sino experimento, y de este modo tenía que justificarse de acuerdo con los criterios propios de la ética de la experimentación. No fue fácil convencer a los cirujanos de que las técnicas tienen que someterse a un complejo proceso de validación (recordemos que la ética de la investigación se elaboró exclusivamente a partir de los experimentos farmacológicos en seres humanos, ahora se le pide a los trasplantes seguir estos protocolos antes de ser consideradas terapéuticas, y que hasta entonces no pueden ser otra cosa que experimentales. Para que un procedimiento pueda



considerarse diagnóstico o terapéutico tiene que tener un respaldo científico, en el caso de los transplantes esto tardó algunos años.

Con el tiempo el problema ético se desplazó, ya no era si el transplante resultaba o no maleficente para el ser humano, sino cuales eran las condiciones en que debía aplicarse en tanto que técnica terapéutica: consentimiento informado, recursos escasos, listas de espera, etc.

Quedan aún preguntas por contestar en relación con el cuerpo humano y el transplante: ¿es el hombre dueño de su cuerpo? ¿Puede hacer con él lo que quiera? Han existido 3 actitudes:

### 1. DOMINIO IMPERFECTO DEL CUERPO.

Esta tesis sostiene que la vida (y el cuerpo) es un regalo de Dios sobre el que el hombre tiene sólo dominio imperfecto.

Este principio prohíbe la amputación de los órganos y miembros. El orden natural es principio de moralidad, y por lo tanto, cualquier mutilación debe verse como inmoral, como monstruosa. La monstruosidad es consecuencia del azar, es decir de la maldad.

### 2. DOMINIO PRIVADO SOBRE EL CUERPO.

Para el mundo moderno el ser humano es considerado más como un señor y no como un simple administrador o servidor del universo, y también como servidor de sí mismo. El cuerpo y la vida pasaron a ser propiedades individuales de las que se podría disponer, por lo tanto el ser humano tiene "derecho de propiedad" sobre su cuerpo, razón por lo cual puede venderlo o comprarlo. Esta posición es bastante problemática para temas tan neurálgicos como el aborto, el alquiler de úteros y hasta la prostitución.

253

A partir de estos principios, los moralistas liberales afirman que la donación de órganos es una obligación imperfecta, es decir que nadie puede obligar a otra persona a entregar un órgano por el beneficio de otro. La persona deberá ponderar los beneficios que el transplante tiene para ella y para la otra persona y decidir libremente en consecuencia.

### 3. EL CUERPO COMO DOMINIO PÚBLICO.

La tesis del dominio público se establece siempre que el cuerpo privado o individual se subordina o se pone al servicio del cuerpo social (esta concepción presupone que no sólo hay un cuerpo biológico sino también un cuerpo social, y en este caso los cuerpos individuales pueden verse como los elementos de una estructura más amplia, la propia del cuerpo social).

La relación entre el cuerpo propio y el cuerpo social puede ser de 2 clases: - según la máxima "de cada uno según su capacidad, a cada uno según su necesidad".

Esto significa que la donación de órganos se considera un deber perfecto o de justicia, y que puede ser impuesto a los individuos por el Estado.



Sin embargo cuando declaramos que algo es un deber perfecto, en este caso la donación de órganos, estamos afirmando que no es necesario pedir la aprobación, es decir no es necesario el consentimiento informado, y por lo tanto, lo que vale es el consentimiento presunto. (Claro que es una contradicción hablar de consentimiento presunto, porque si es consentimiento, no es presunto).

- La actitud más aceptada hoy es aquella que defiende el deber imperfecto de la donación de órganos, la no-comercialización del cuerpo humano y la necesidad de consentimiento explícito e informado. -

## ACTIVIDADES

### COMENTE EL SIGUIENTE TEXTO

El cuarenta y siete por ciento de los franceses considera que los responsables de la transmisión incontrolada del SIDA mediante transfusiones de sangre son los que están en el banquillo, es decir, los doctores Michel Garreta y Robert Netter y los profesores Jean-Pierre Alain y Roux. Pero también son responsables, según una encuesta publicada por l'Annuaire de la Médecine, los dos ministros de entonces: Georgine Dufois, titular de asuntos sociales, y Edmond Hervé, cabeza de la cartera de sanidad.

Los médicos son responsables porque les era exigible que no se limitasen al papel de simples ejecutores de las disposiciones políticas; por el contrario, debían sujetarse, en primer término, a las normas éticas contenidas en el Código de Deontología.

En este sentido, es muy representativa la opinión de la doctora Jacqueline Depotilly de Clermont Ferrand, para quien "los médicos no han respetado la ética médica, ni siquiera la personal. Debían haberse negado a utilizar la sangre contaminada aunque esto les costase el puesto. Como médico, no puedo considerarles colegas".

El Colegio de Médicos mantiene silencio. La razón oficial que aduce es una norma de conducta tradicional, a saber: "el Colegio no interviene nunca mientras está en curso un proceso judicial".

En cuanto a los ministros -cuyos testimonios serán escuchados en el juicio- la opinión popular los juzga severamente. La frase que en su día pronunció la ministra Georgine Dufois ("Soy responsable, pero no culpable") no se ha olvidado. En las manifestaciones ante la corte donde se celebra el proceso aparece una pancarta con el lema "Dufois culpable".

La reacción popular ha conseguido poner nervioso al nuevo ministro, que ha declarado: "tengo que recordar que según la Constitución sólo el Alto Tribunal de Justicia es competente para juzgar la responsabilidad de un ministro en el ejercicio de sus funciones y con esto, no pretendo proteger a nadie, sino que se aplique la más estricta separación de poderes".

*"Culpan a médicos y políticos del SIDA por transfusión"*  
*Diario Médico, No 55*

### RESPONDA

1. ¿Por qué se afirma que la enfermedad del SIDA es un caso de la Medicina contemporánea?

2. ¿La seguridad social debe pagar todos los costes (medicamentos, tratamientos, etc) de un paciente infectado por el virus del SIDA?

3. Investigue: ¿Cómo los países de Latinoamérica han afrontado el tema de la prevención del contagio del SIDA?



## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. Qué diferencia existen entre:
  - a) Paciente crítico.
  - b) Paciente crónico.
  - c) Paciente terminal.
2. Qué diferencia existe en ofrecerle a un paciente las siguientes opciones:
  - a) Cuidados paliativos.
  - b) Eutanasia.
  - c) Suicidio asistido.
  - d) Orden de no-reanimación.
  - e) Quitarle la alimentación e hidratación.

Haga un cuadro comparativo de semejanzas y diferencias entre los siguientes textos:

Sentencia sobre la despenalización del homicidio por piedad

Eutanasia: fundamentos ético-jurídicos para despenalizar el homicidio piadoso-consentido  
Por: Carlos Gaviria Díaz

Eutanasia: multidisciplinariedad y crítica  
Por: Alfonso Flores - Claudia Escobar

## BIBLIOGRAFÍA

255

Abel, F. El morir cristiano. Labor hospitalaria No. 222 de 1991.

Aminoff Mj, Geemberg D.A, Simón R P Coma. In (eds): Clinical Neurology Third edition, Appleton Lange, 1996.

Angell, M. Euthanasia in the Netherlands. Good news or bad? No. Engl. Med. 1996 vol335 pág 1676-1768.

Araya, B. R. Pragmatismo Versus Metafísica. Una polémica sobre la muerte cerebral, Servicio médico lega. Comisión de Bioética Chile. Simposium sobre muerte cerebral, Santiago, 1995.

Ariés Ph, El hombre ante la muerte, Taurus Ediciones, Madrid, 1983.

Aristóteles, Ética a Nicómaco, III, 7, 116ª 10-15 traducción de J. Palli Bonet, Ed. Gredos, Madrid. 1985.

Bacon texto de 1623, traducido por M. Bouillet, Hachette, 1834, Citado por: Malherbe J.F. Hacia una Ética de la Medicina. San Pablo, Bogotá, 1993.

Baudouin J.L. Blondeau D. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Herder, Barcelona, 1995.

Beca J.P. Kottow, M. Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS, 1996

Bejarano, P.F., Fonnegra De Jaramillo, Isa, Morir con dignidad, Fundación Omega. Santa fe de Bogotá, Marzo de 1992.

Bernat J.L. Gert BG. Mosielnicks RP Patient Refusal of Hydration and Nutrition. Arch. Int. Med, 1993 No. 1532723-2728.



Blazquez Niceto, Bioética Fundamental, Madrid, Edit. BAC, 1997.

Colombia La Corte Constitucional de Colombia en su sentencia No. C-239/97 de mayo 20 1997 declaró la despenalización de la eutanasia por considerar el derecho a morir dignamente como uno de los derechos humanos.

Colombia. Normas sobre ética medica. Ley 23 de 1981 Decreto reglamentario 3380 de 1981.

Cortina, A. Etica sin Moral, Ed. Tecnos, segunda edición, Madrid, 1992.

Cortina, A. Radicalizar la democracia desde un nuevo sujeto moral. La crítica del sujeto, en: Etica Aplicada y Democracia Radical. Tecnos, Madrid, 1993.

Couceiro V.A. Comités de Etica y Eutanasia en: Eutanasia Hoy, un debate abierto. Salvador Urraca Edit. Noesis, Madrid, 1996.

Cousins, N., Anatomy of an illness, WW Norton N. York, 1973.

Da Costa, Mahal, El final de la vida: eutanasia, distanasia, muerte asistida.... en: Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI. Bios y Ethos N. 1 Escuela Col. De Medicina, Bogotá 1995.

Dossey, L. Tiempo, Espacio y Medicina Segunda Edición, Kairós, Barcelona, 1992.

Durand, G. La Bioética. Naturaleza, Principios, Opciones, Ed. Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, 1992.

Dworkin, R. Los Derechos en Serio. Ariel, Barcelona, 1984.

Engelhardt, H. Tristram. Los Fundamentos de la Bioética. Ed. Pídots Básica. Barcelona. 1996.

Escobar, J. Morir como ejercicio final de una vida digna, Colección Bios y Ethos, Santafé de Bogotá, 1998.

Feifel, h. The Meaning of Death, McGrawHill, New York, 1959.

Flórez A. Autotanasia - Aspectos éticos y sociales. Universitas Philosophica No. 25-26 año 13, dic 1995 - junio 1996. Facul. Filosofia Universidad Javeriana Bogotá.

Fonnegra, De J., Isa. El Proceso de morir y la muerte última etapa del desarrollo Humano. Fundación pro Derecho a Morir Dignamente. Santafé de Bogotá. 1999.

Gadamer, H. J. El Estado Oculto de la Salud. Gedisa. Barcelona, 1996.

García Gual, C. "Epicuro". Ed. Alianza, Barcelona, 1981.

Gasull Vilella, M, Historia y Evolución del movimiento Hospice en Gran Bretaña. Labor Hospitalaria No. 222, 1991.

Gill, Th. M., Feinstein, A.R., A. Critical Appraisal of the Quality-of-Life measurements, JAMA, 1994, vol. 8.

Gimbernat E. Eutanasia, constitución y derecho penal, en: Eutanasia Hoy, un debate abierto, Salvador Urraca. Edt. Noesis, Madrid, 1996.

Gracia D. Historia de la eutanasia en: Eutanasia Hoy, un debate abierto. Salvador Urraca, Edit. Noesis, Madrid, 1995.

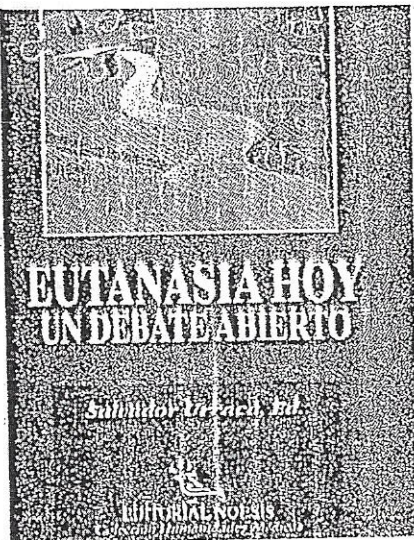
Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica, Eudema, Madrid, 1991.

Gracia, D. Prólogo a: El cuerpo humano en la obra de Lain Entralgo. Cuerpo y Alma, Espasa Calpe, Madrid, 1991.

Gracia, D. Ética de la calidad de vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 2 OPS/OMS Santiago 1996.



- Gracia, D. Eutanasia: Estado de la cuestión, en: Eutanasia Hoy, un debate abierto. Salvador Urraca, Edt. Noesis, Madrid, 1996.
- Gracia, D. Introducción a la Bioética. Ed. El Búho, Bogotá, 1991.
- Gracia, D. Primum non Nocere. El Principio de No. - maleficencia como fundamento de la ética médica, Instituto de España, Real Academia de Medicina, Madrid, 1990.
- Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commisison for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Jama, 246, 1981.
- Heidegger, M. El ser y el Tiempo. "El posible ser total del ser-ahí" y "El Ser relativamente a la muerte". Quinta reimpresión, F.C.E. México, 1988.
- Heller A. Y Feher M. Biopolítica. La Modernidad y la liberación del cuerpo, Península, Barcelona, 1995.
- Humphry, D. Wickett, A. El Derecho a Morir: Comprender la eutanasia. Tusquets Barcelona, 1989.
- Kubler-Ross, E. Sobre la Muerte y los Moribundos, Grijalbo, Barcelona 1975.
- Kubler-Ross E. To Live Until We say Good-Bye-, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs N.J. 1979.
- Kant, I. Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres, Ed. Porrúa, S.A. México, 1996.
- Kind, P. Rosser RM. Williams A. A reevaluation of Quality of Life: some psicometric evidence, en Jones Lee MW edit. The Values Life and Safely. N. Holland pub 1982, 159-170, citado por Gracia, D. Eutanasia hoy, un debate abierto.
- Kothari, M., Mehta L. Violence in Modern Medicine, en Sience, Hegemony and Violence. A Requiem for Modernity Ed. By A. Nandy The united nations University Tokio. 1988.
- Lain, P. Cuerpo y Alma. Espasa Calpe, Madrid, 1991.
- Lain Entralgo, P. Alma, Cuerpo, Persona. Gálaxia Gutenberg, Círculo de Lectores, Barcelona, 1995.
- Lain P. El Cuerpo Humano Teoría actual. Espasa Calpe, Madrid, 1989.
- Levy DE et al. Predicting outcome from Hypoxic - Ischemic coma. JAMA, 1985, 253: 1420-1426.
- Malherbe JP. Hacia una ética de la medicina, San Pablo, Bogotá, 1993.
- Nino. C. S. Ética y Derechos Humanos. Ed. Paidós Básica. 1989.
- Núñez M. P. Una Alternativa en la asistencia al enfermo Terminal: El Sistema Hospice en Estados Unidos. Labor Hospitalaria No. 222, 1991.
- Platón, Fedón, 61e-62c, en Diálogos, tomo III, traducción de García Gual C., Ed. Gredos, Madrid, 1986.
- Puerta J.L, Mauri Más A. La Pendiente resbaladiza en las decisiones médicas concernientes a la eutanasia, en: Eutanasia Hoy un debate abierto, Salvador Urraca Edit. Noesis, Madrid, 1996.
- Rakel, R.E. Principles of Family Medicine. W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto 1977.
- Reig-F. Abilio, Tanatología compotamental, cuidados de calidad y Eutanasia, en: Eutanasia Hoy, un debate abierto. Salvador Urraca, edit. Noesis, Madrid, 1996.
- Reis, C.E. Brain Death Criteria. MED students - Neurology. MEDstudents Home-Page <http://www.medstudents.com.br/neuro/5.htm>.
- Report of Council on Scientific affairs and Conincil on Ethical and judicial Affairs of The AMA. Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support. JAMA, 1990; 263:426-430.
- Sánchez, F. Reflexiones en torno del Derecho a Morir Dignamente. La Eutanasia, Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, Santa fe de Bogotá, 1989.



Salvador Urraca, Editor  
EUTANASIA HOY  
UN DEBATE ABIERTO  
Edit. Noesis



Simón Lorda P. Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis, en: Eutanasia Hoy, un debate abierto, Salvador Urraca Ed. Noesis, Madrid, 1996.

Simón Lorda P. Couceiro A. La Eutanasia en Holanda y el Suicidio asistido en EEUU, en: Eutanasia hoy, un debate abierto. Salvador Urraca, Edit. Noesis Madrid, 1996.

Simón Lorda P., Barrio Cantalejo I.M. Un Marco Histórico para una disciplina: la bioética. Medicina Clínica, vol. 105, No. 15, 1995.

Sontang, S. La Enfermedad y sus metáforas, Muchnik Editores, Barcelona, 1984.

Tealdi, J.C. Los comités Hospitalarios de Ética. Seis años después. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS NO. 1 sep. 1995.

Thomas, L-V. Antropología de la muerte, F.C.E., México. 1983.

Thomas, L-V. La Muerte. Ed. Paidós Studio, Barcelona. 1991.

Tolstoi, L. La muerte de Ivan Illich. Salvat, Madrid, 1969.

Warner, S. Williams I. The Meaning in life scale: Determining the reliability and validity of measure. J. Cron. Dis Vol. 40, No. 6, 503-512, 1987.

Wilson-Ross J. Bayley, C. Michel V. Pug D. Manual para comités de Ética de Hospitales. A.H.A. A. H.P. ed. Guadalupe, Bogotá, 1994.

Wynngaarden J.B, Smith L.H, Bennet J.C (eds) Brain death. In (eds): Cecil Textbook of medicine, 20 th edition. W.B. Saunders Company, 1996.

Ignacio Muñagorri Lagufa. Eutanasia y Derecho Penal, Madrid, Ministerio de Justicia e Interior, 1994.

Joseph J. Fins and Matthew D. Barchetta. "The Physician - Assisted Suicide and Euthanasia: an Annotated Bibliography of Representative Articles", The Journal of Clinical Medicine 1994; 5(4): 329-340.

Jack Kevorkian. La buena muerte, Barcelona, Grijalbo, 1991.

T.E. Quill, G.K. Gassel, D.E. Meier. "care of the hopelessly ill: Potential clinical criteria for Physician - assisted suicide", New England Journal of Medicine 1992; 327: 1380-84.

Gerald D. Coleman. "Suicidio asistido: Una perspectiva ética" en Robert M. Braid y Stuart E. Rosenbaum, Eutanasia: los dilemas morales, Barcelona, Alcor, 1992, pp. 114-122; Ernlé W.D. Young, "Ayuda al Suicidio: una perspectiva ética" Barcelona, Alcor, 1992, pp. 123-136; Timothy E. Quill, Death and Dignity: making Choices and Taking Charge, New York: Norton, 1993.

T.E. Quill, "Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making" New England Journal of Medicine 1991; 324(10): 691-694.

Salvador Urraca, Editor  
EUTANASIA HOY  
UN DEBATE ABIERTO  
Edit. Noesis

#### TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Parte I

Aspectos generales

Parte II

Aspectos legales

Parte III

Aspectos bioéticos

Parte IV

Alternativas

Epílogo: La muerte dignificada

Anexo 1: El nuevo código penal y la eutanasia

Anexo 2: El final de la vida en internet



# La muerte en nuestra cultura



El debate en torno al final de la vida humana constituye hoy una de las discusiones más intensas dentro del campo de la Bioética. El número de publicaciones sobre este problema es muy abundante y creciente e incluso ha urgido una nueva ciencia, la tanatología -de *zánatos*, muerte- dedicada al estudio de ese hecho incuestionable en la vida humana. Colombia es uno de los países que planteó la necesidad de una nueva legislación en la que algunas situaciones en torno a la eutanasia (buena muerte) estén despenalizadas. Los dos pasos más importantes en esta dirección se han dado en Holanda, en el Estado de Oregón en USA y, muy recientemente, en el Estado de los territorios del norte de Australia y por supuesto en Colombia.

## *La muerte en nuestra cultura.*

La aproximación al problema de los dilemas en torno al final de la vida lleva necesariamente a profundizar sobre la concepción antropológica de la muerte en nuestra cultura. Se ha escrito que la forma como se afronta la muerte es un rasgo muy significativo para definir una cultura. Este tema es motivo de profunda preocupación desde hace ya tiempo en el ámbito occidental, en donde son nombres muy importantes las figuras de Elisabeth Kübler-Ross - por su aproximación directa a la situación de los enfermos terminales - y Philippe Ariès - por sus estudios históricos sobre la muerte en la cultura occidental. Nos parece necesario presentar, de forma sucinta, las principales conclusiones de esta línea de pensamiento.

① Un rasgo de la cultura occidental es su insuficiente aceptación del hecho de la muerte. Para Ariès, vivimos en una época histórica que el historiador francés califica como de "la muerte invertida". Sobre este hecho que forma parte indiscutible de la condición humana, pesa un fuerte tabú. La muerte es un hecho escamoteado, sobre el que no es decoroso hablar. El ideal ha sido -hoy ya existe un cierto cambio- que el enfermo se aproxime al final de su vida sin tener conciencia de ello. La expresión del duelo está fuertemente reprimida en la cultura occidental. Si en la Edad Media hubo una literatura que presentaba un "ars moriendi", un arte para saber morir, el mundo occidental desconoce ese arte y se hace necesario reintroducir el hecho de la muerte en nuestras coordenadas culturales.

② Esta tabuización del hecho de la muerte -curiosamente ha sido destabuizada la sexualidad, Eros, mientras que pesa un fuerte tabú sobre



